

Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Katedra pedagogiky

Rigorózní práce

Marcela Babická

Utváření kompetencí k etickému jednání sester v pregraduální přípravě

Formation of Competences for Ethic Behaviour
of Nurses in Undergraduate Preparation

Děkuji vážené paní **PhDr. Jitce Lorenzové, Ph.D.** z katedry pedagogiky Univerzity Karlovy v Praze. Náleží jí mé poděkování za odbornou pomoc při psaní rigorózní práce, laskavou spolupráci a důležitou osobní podporu, která pro mne měla a navždy bude mít nesmírný význam.

Děkuji váženému panu **MUDr. Václavu Abrahámovi**, osobnosti zcela mimořádného významu v mém životě. Děkuji mu za to, že se mnou hovořil na závažná témata lékařské etiky. Je mi velkou ctí podílet se na vysoce odborné onkologické péči, kterou prokazuje svým nemocným.

V Pelhřimově březen 2011

Čestné prohlášení

Prohlašuji na svou čest, že jsem předloženou rigorózní práci

Utváření kompetencí k etickému jednání sester v pregraduální přípravě

vypracovala samostatně s odbornými konzultacemi, použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Pelhřimově dne 21. 3. 2011

Podpis:

Anotace

Ústředním tématem práce je etika v ošetrovatelství. Její teoretická část směřuje k výzkumu v oblasti přípravy sester k eticky profesionálnímu jednání prostřednictvím odborného vzdělávání.

Hlavním přístupem ke zpracování tématu na obecné úrovni je vytvoření souvislostí mezi normativní etikou s jejími morálními principy a etikou aplikovanou, která podává doporučení pro realizaci principů v praxi. Vzájemné vztahy souvisejících obecných a specifických etických oblastí jsou vyjádřeny na několika úrovních a procházejí tedy napříč teoretickými kapitolami práce směrem od etiky jako filozofické disciplíny k lékařské etice a etice v ošetrovatelství. Oblast filozofické etiky je zpřehledněna použitím různých kritérií klasifikací etických koncepcí a pomocí charakteristik významných etických doktrín.

Základním východiskem pojetí profesní etiky je lékařská etika jako významný vzor pro etiku v ošetrovatelství. Analogie se zde znázorňuje historicky, vysvětlením vztahů zdravotnických povolání a profesních etik, prostřednictvím sdílených principů a etických kodexů zdravotníků a pacientů.

Pro zdůraznění významu vlivu na etiku v ošetrovatelství je uveden vývoj lékařské etiky, vývoj profesní přípravy k etickému jednání lékařů a vztah etiky k právu. Specifičnost oboru je vysvětlena prostřednictvím některých významných témat, jakými jsou utrpení, bolest, umírání, eutanazie a paliativní péče.

Ošetrovatelství jako zdravotnické povolání je uvedeno do historických souvislostí prostřednictvím zakladatelky oboru a interpretace myšlenek jejího díla. Historický vývoj je dále sledován v oblastech ošetrovatelství a etiky v ošetrovatelství. Tradice výuky etiky v ošetrovatelství vychází od první učebnice etiky jako jejího původního zdroje. Vývoj přístupů k etické přípravě sester je popsán od počátků odborného vzdělávání po současnost. Přímý vztah k cílům výzkumné části práce má obsahová analýza etického kurikula studijního oboru zdravotnický asistent s dosaženým středním odborným stupněm vzdělání a oboru diplomovaná sestra s vyšším odborným stupněm vzdělání. Jako východiska výzkumné části byly použity eticky relevantní obsahy výuky ve všeobecně vzdělávacích a odborných předmětech a cíle vzdělávacích programů ve vztahu k etické výchově.

Empirická část práce se pohybuje v problémové oblasti účinnosti metod etické přípravy sester. Cílem výzkumu bylo zjistit, do jaké míry jsou nároky vzdělávacího systému na eticky profesionální přípravu sester relevantní z hlediska účinnosti procesu vytváření jejich profesionálních postojů a způsobů jednání. Základní metodou výzkumu se stalo dotazníkové šetření. Dotazníky byly předloženy pedagogům a studentům jako účastníkům vyučovacího procesu. Dotazování studentů bylo realizováno v oblastech sociálních vlastností, motivace k volbě povolání, míry zvnitřnění etických norem, morálních postojů a preferencí mravních vlastností. Při zpracování výsledků výzkumu bylo na pořízená data aplikováno kvantitativní šetření. V oblastech morálních postojů studentů a jejich představ o obsazích mravních pojmů byla aplikována kvalitativní analýza. Závěrem výzkumu jsou formou doporučení pro praxi vyjádřena kritéria účinnosti přípravy k etickému jednání sester.

Annotation

The main topic of the work is the ethics in nursery. Its theoretical part aims at research in the field of nurses' preparation for ethically professional behaviour based on specialised education.

The main attitude for the topic processing on general level is the development of relations between normative ethics with its moral principles and applied ethics providing recommendations for principles realisation in practice. Mutual relations of related general and specific fields are expressed on several levels and so they go across theoretic chapters of the work from ethic as a philosophical discipline towards medical ethics and ethics in nursery. The field of philosophical ethics is clarified using various criteria of ethic concepts classification and using characteristics of important ethic doctrines.

The basic starting point of professional ethics understanding is the medical ethics as a significant model or ethics in nursery. The analogy is displayed here on historical basis, by explanation of relations of medical occupations and professional ethics, via shared principles and ethic codes of medical employees and patients.

So as to put stress on the influence to ethics in nursery, the development of medical ethics is described as well as the development of professional preparation for ethic behaviour of doctors and relation of ethics to law. The specific character of the field is explained using some important topics like suffering, pain, dying, euthanasia and palliative care.

Nursery as the health care occupation is put into historical relation through the founder of the branch and interpretation of her work ideas. The historical development is further followed in the field of nursery and ethics in nursery. The tradition of ethics teaching in nursery is based on the first text book of ethics as the original source. The development of attitudes towards ethic preparation of nurses is described from the beginning of professional education up to presence. A direct relation to the aims of the research work shows the contents analysis of the ethic curriculum of the study branch a health care assistant, with medium level of education reached and the study branch of a certified nurse with higher professional level of education. Ethically relevant contents of teaching the general education and professional education subjects and aims of education programs in relation to ethic education were used as the starting points of the research section.

The empiric part of the work deals with the problematic area of efficiency of nurses' ethical preparation methods. The aim of the research was to find out the level of relevance of education system claims towards ethically professional preparation of nurses from the point of view of efficiency of the process of their professional attitude creation and the way of their behaviour. The methodology of the research also included questionnaire investigations. The questionnaires were presented to teachers and students as the teaching process participants. The students were questioned in the fields of social characteristics, motivation for job selection, level of acceptance of ethic standards, moral attitudes and preferences of moral characteristics. While processing the research results, quantity

investigations were applied to the data obtained. Quality analysis was applied in the field of moral attitudes of students and their ideas of moral concepts contents. In the final part of the research, criteria of efficiency of preparation for ethic behaviour of nurses are expressed in the form of recommendations for practice.

Obsah

Úvod	1 - 2
1. Etika jako filozofická disciplína	3
1. 1. Předmět zkoumání etiky	3
1.1.1. Vývoj významů slov etický a morální	3 - 4
1.1.2. Svoboda vůle jako předpoklad etického jednání	4 - 5
1.1.3. Systémy klasifikací etických teorií a významné etické koncepce	5 - 8
2. Etika zdravotnických povolání	9
2. 1. Základní pojmy	9
2. 2. Principy etiky zdravotnických povolání	9 - 12
2. 3. Etické kodexy ve zdravotnictví	12 - 14
2.3.1. Práva pacientů	14 - 16
2.3.2. Etika a právo	16 - 17
2. 4. Vývoj lékařské etiky	17 - 18
2. 5. Témata a dilemata etiky zdravotnických povolání	18
2.5.1. Svědomí	18 - 20
2.5.2. Utrpení a bolest	20 - 23
2.5.3. Umírání a smrt	23 - 25
2.5.4. Eutanazie	25 - 31
2.5.5. Paliativní péče	31 - 35
3. Etika v ošetrovatelství	36
3. 1. Charakteristika etiky v ošetrovatelství	36
3. 2. Historie povolání ve vztahu k etice v ošetrovatelství	37 - 38
3. 3. Zakladatelka oboru ošetrovatelství	38 - 39
3.3.1. Hlavní dílo Florence Nightingalové	39 - 41
3. 4. Původní učebnice etiky v ošetrovatelství	41 - 42
3. 5. Příprava k eticky profesionálnímu jednání všeobecných sester v České republice	42
3.5.1. Středoškolské vzdělávání	42 - 46
3.5.2. Vyšší odborné vzdělávání	46 - 49
4. Výzkum v oblasti přípravy sester k eticky profesionálnímu jednání	50
4. 1. Úvod do metodologie výzkumu	50
4.1.1. Cíle výzkumu	50
4.1.2. Výzkumný vzorek	51

4.1.3.	Obecné metody výzkumu	51 - 52
4. 2.	Pilotní fáze výzkumu	52
4.2.1.	Metoda pilotního výzkumu	52 - 53
4.2.2.	Popis výzkumného šetření	53
4.2.3.	Charakteristika vzorku pedagogů	53 – 55
4.2.4.	Výzkumné šetření mezi pedagogy	55 – 60
4.2.5.	Závěry šetření mezi pedagogy	60 - 61
4.2.6.	Charakteristika vzorku žáků	61 – 62
4.2.7.	Výzkumné šetření mezi žáky	62 – 67
4.2.8.	Závěry šetření mezi žáky	67 – 70
4.2.9.	Diskuse	70 – 72
4.2.10.	Závěr	72
4.3.	Hlavní výzkum	73
4.3.1	Metoda hlavního výzkumu	73
4.3.2.	Popis výzkumného šetření	73 – 74
4.3.3.	Charakteristika souboru pedagogů	74 – 77
4.3.4.	Výzkumné šetření mezi pedagogy	78 – 88
4.3.5.	Závěry šetření mezi pedagogy	89
4.3.6.	Charakteristika vzorku žáků/ studentů	89
4.3.7.	Výzkumné šetření mezi žáky/ studenty	90 - 95
4.3.8.	Kvantitativní šetření o vztahu proměnných	95 - 104
4.3.9.	Závěry šetření	104 - 105
5.	Seznam použité literatury	106 - 110
6.	Přílohy	111 - 135

Seznam použitých zkratk

CIOMS	Council for International Organizations of Medical Sciences (Rada pro mezinárodní organizaci lékařských věd)
ČAS	Česká asociace sester
ČR	Česká republika
IASP	International Association for the Study of Pain (Mezinárodní organizace pro studium bolesti)
ICN	International Council of Nurses (Mezinárodní rada sester)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
WHPA	World Health Professions Alliance (Světová aliance zdravotnických profesí)
WMA	World Medical Association (Světová lékařská asociace)

Úvod

Mortalis nemo est, quem non attingat dolor morbusque.¹

Cicero, Tuskulské hovory 3, 25, 59

Etika v ošetrovatelství se stala předmětem mého odborného zájmu na základě rozsáhlých osobních zkušeností s výkonem povolání všeobecné sestry. Vzhledem ke skutečnosti, že péče o pacienty s maligním onemocněním je z hlediska nároků na mravnost výkonu povolání velmi exponovaná, je má rigorózní práce také reflexí každodenně prožívaného kontaktu s lidmi v náročné životní situaci.

Jsme svědky akcelerace pokroku v oblasti biomedicíny. Aplikace vědeckých výsledků vytváří ve zdravotnictví nové diagnostické a terapeutické možnosti. Postupuje technologizace prostředí poskytování lékařské a ošetrovatelské péče. Aplikace moderních technologií a koncentrace na provedení výkonu odvádí pozornost zdravotníka od nemocného. Lékařství a ošetrovatelství zaznamenávají deficit v etické oblasti jako jejich původní nejvlastnější součásti. Společenský respekt k oběma povoláním, jejichž podstatou je pomoc, se odvíjí od toho, do jaké míry jsou jejich příslušníci schopni navázat a udržet vztah s nemocným.

Charakter rigorózní práce je teoreticko-empirický. Cílem její teoretické části je vymezit etiku zdravotnických profesí jako oblast normativní etiky. Pojetí práce vychází ze skutečnosti, že mravnost výkonů obou pomáhajících povolání je do značné míry společná. Rozdíly ve specifických oblastech vyplývají z rozdělení kompetencí a odpovědností. Lékařská etika se zabývá zejména problémy rozhodování v medicíně. Etika v ošetrovatelství se vztahuje k péči o nemocné. Všeobecná sestra pomáhá pacientům na základě profesionálních znalostí jejich potřeb. Tyto znalosti uplatňuje v ošetrovatelském procesu, který je metodologií výkonu povolání.

Empirická část práce se zabývá účinností metod etické přípravy všeobecných sester. Východiskem pro vymezení problémové oblasti byla akcentace osvojování teoretických znalostí prostřednictvím tradičního systému odborného vzdělávání, která je doprovázena nedostatečnou připraveností k výkonu povolání v jeho etické oblasti. Výzkumné problémy byly z oblasti morálních postojů studentů a připravenosti k péči o nemocné v psychosociální oblasti. Cílem výzkumné části práce bylo zjistit, do jaké míry jsou nároky vzdělávacího systému na eticky profesionální přípravu sester relevantní z hlediska účinnosti procesu vytváření jejich profesionálních postojů a způsobů jednání.

Metodologií výzkumu bylo kvantitativní šetření na základě dat shromážděných dotazováním účastníků vyučovacího procesu na středních zdravotnických školách a vyšších odborných školách. Dotazníkové šetření v případě studentů bylo realizováno v oblastech sociálních vlastností, motivace k

¹ Není nikdo (ze smrtelníků), koho by se nedotkla bolest nebo nemoc.
Kuťáková, Marek, Zachová, 1988, s. 314.

volbě povolání, míry zvnitřnění etických norem, morálních postojů a preferencí mravních vlastností. V oblastech morálních postojů studentů a jejich představ o obsazích mravních pojmů byla aplikována kvalitativní analýza. Závěrem výzkumu jsou formou doručení pro praxi vyjádřena kritéria účinnosti přípravy k etickému jednání všeobecných sester.

1. Etika jako filozofická disciplína

Podstata zdravotnických povolání a jejich historický vývoj dokládají důležitou skutečnost. Oblasti mravnosti lékařství a ošetrovatelství nelze vnímat a uvažovat o nich odděleně od filozofické etiky. Základním pojmům etiky zdravotnických povolání, jakými jsou například autonomie, svědomí, povinnost, odpovědnost nebo důstojnost, nelze porozumět, aniž by součástí odborného povědomí zdravotníků byla základní orientace v oblasti etiky jako praktické filozofie. Mravní povinnosti ve vztahu k trpícímu nebo umírajícímu člověku je schopen splnit pouze zdravotník jako morálně kultivovaná osobnost se zaujatým postojem k vlastnímu životu a smrti. V přímé souvislosti s filozofickou etikou se nachází lékařská etika zejména v oblasti nejednoznačně řešitelných situací. Výchozím bodem etického rozhodování je určité filozofické pojetí osoby.

1.1. Předmět zkoumání etiky

Podívejme se nyní na způsob, jakým přistupuje etika k mravnosti a na vztah filozofie k etice. Při hledání odpovědí na otázky po povaze mravnosti vycházíme ze zkušenosti každodenního života. Víme o mravní realitě a v tomto celistvém věděni se s ostatními lidmi shodujeme. To, co dynamicky uplatňujeme v interakcích s druhými lidmi, je právě zkušenostní věděni a jistá a vyhraněná komunikace. V různých oblastech lidského života se mravní rozhodování a jednání uplatňuje v eticky relevantních situacích.

Etika je praktickým filozofickým oborem. Podává vysvětlení, jak a podle jakých obecných principů by měl člověk jednat v eticky významných situacích. Stanovuje obecná kritéria pro posouzení zejména lidských vlastností, postojů, rozhodnutí a činů jako mravně dobrých nebo špatných. Přináší sdělení o vlastnostech příznačných pro morální výroky. Z hlediska lidské praxe je nejvýznamnější pomoc, kterou etika poskytuje v rozhodovacím procesu, přičemž zohledňuje například mravní vlastnosti, zaujaté postoje nebo způsoby chování. Mravní volba je aplikací některého etického principu na konkrétní případ. Je závislá na koncepci etiky a její interpretaci morální povinnosti.

Základní koncepce i způsoby řešení konkrétních etických problémů ovlivňuje společenský pluralismus charakteristický různorodostí světonázorových postojů, přístupů k poznání a hodnocení skutečnosti. Tím ovlivňuje metody odvozování a zdůvodňování etických norem.

1.1.1. Vývoj významů slov etický a morální

Slovo *éthos* se v původním významu vztahovalo ke zvířatům a označovalo místo pastvy, stáj. Přeneseno na člověka značilo místo bydlení a vše, co bylo obyčejem v rámci společného bydlení. Odtud postupem času toto slovo dostalo význam charakteru člověka ve vztahu ke společenskému mravu, tedy způsob jednání a postoje. *Mos* označovalo vůli uloženou člověku, tedy předpisy a zákony, poté tradiční mravy a obyčeje. Postupně začalo *mos* i *éthos* znamenat osobní způsob života a jednání

jednotlivce. Dnes rozumíme pod pojmem *étos* základní mravní normy člověka nebo sociální skupiny. Římský filozof Cicero, Marcus Tullius (106 – 43 před naším letopočtem) přeložil řecké *ethikos* do latinského *moralis* k označení shodného jevu. Ve starém Římě představoval pojem *mos maiorum* soubor zvyků a mravů, tedy soubor mravních a právních norem mající význam obyčejového práva.² Mrav pochází z praslovanského základu *norv* (staročesky *nрав*). Novočeský tvar se vyvinul disimilací do současné podoby. Pojmy etický a morální jsou rovnocenné pro označení toho, co je správné, pro označení norem jednání a jednání jako odrazu norem.

1.1.2. Svoboda vůle jako předpoklad etického jednání

Prioritou ve vztahu k ostatním předpokladům etiky je svoboda vůle, tedy mravně významná svoboda. Morální relevance jednání se zakládá na dobrovolnosti. To znamená, že mravní hodnotu smíme přisoudit činu člověka, který se k němu rozhodl s vědomím svobody. Právě realizace rozhodnutí je charakteristická pro volní jednání. Na bázi rozhodování ve svobodě vzniká odpovědnost.

Otázkou zůstává, rozhoduje-li se člověk pro své jednání zcela svobodně. Aby mohl učinit uvědomělé a cílevědomé rozhodnutí, musí znát prožitek mravní volby. V rozporu s tímto tvrzením je filozofické myšlení o biologické, genetické a sociální determinaci člověka. Podmíněnost a příčinnost přírodních a společenských jevů je univerzální, čímž je popřena svoboda vůle. Kauzální podmíněnost lidského jednání je nezpochybnitelná, neurčuje však v celém rozsahu jednání člověka. V opačném případě by nebyla existence svobody vůle možná.

Pro člověka je nezbytné, aby měl dostatek svobody k upřednostnění určitého způsobu jednání, přičemž zohledňuje jeho různé důsledky. To znamená, že pokud mu není umožněno sledovat morální motivaci, nelze mu připisovat plnou odpovědnost za jeho jednání. Při rozhodování je vždy přítomno mnoho determinant s vlivem na čin, který je finální částí tohoto procesu. Nacházíme se ve sféře působení vnějších faktorů a vnitřních podmínek v podobě hodnot závislých na místě a čase našeho života. Máme-li svobodu volby a zhodnotili jsme situaci, odpovědnost za své jednání přebíráme ve chvíli, kdy nastane rovnováha mezi pravidly vlastní mravnosti a mravními kritérii všeobecné platnosti. Dostatečná svoboda jednat a převzetí osobní odpovědnosti jsou v přímém vztahu.

V zásadě však existuje vždy možnost svobodného rozhodnutí pro plnění mravní povinnosti. Toto svobodné rozhodování je více či méně skutečné se stupněm poznání a sebepoznání, kterým je vůle motivována. Vnitřní svoboda dává člověku možnost něco chtít a po něčem toužit. To má význam pro uskutečňování cílů, usilování o dobro a smysl. Vůlí je podmíněna všechna lidská vědomá činnost. Schopnost reflexe vlastního života, místa ve světě a myšlení přesahujícího základní životní nezbytnosti činí z člověka mravní bytost. Uplatnění vůle předpokládá uvědomit si povahu dobra.

Sebeurčení, jako princip péče, má svá bilaterální omezení, pokud se práva stran dostanou do vzájemného konfliktu. Institut informovaného souhlasu je odvozen od základního práva člověka na

² Srov. Kuťáková, Marek, Zachová, 1988, s. 314.

sebeurčení. Specifická forma vyjádření svobodné vůle existuje v podobě prospektivních rozhodnutí o péči. Nevyléčitelně nemocný jejím prostřednictvím uplatňuje právo na sebeurčení ve fázi, kdy je schopen posouzení situace a vyjádření své volby. Dokument, který je písemným zpracováním preferencí a přání nemocného, se vztahuje očekávanému terminálnímu období. Lékař a nemocný jsou autonomní bytosti. Problém zachování mravní integrity lékaře se manifestuje zejména v oblasti ukončování životů a nachází se v přímé souvislosti s rozhodováním nemocného.

1.1.3. Systémy klasifikací etických teorií a významné etické koncepce

Pokusme se nyní přiblížit vzájemné pozice jednotlivých pojetí etiky. Tak tedy širší neboli **analytické pojetí** představuje etika s metaetickou nadstavbou. Ta patří k širokému proudu analytické filozofie, která se zabývá funkcí jazyka a logické struktury pojmového myšlení. Analyzuje mravní vyjádření na část tvrzení o věcech a jevech, jak jsou, a dále na formulace mravních postojů. Morální filozofie řeší vzájemný vztah etiky a metaetiky, který není zcela vyhraněný. Etika v užším smyslu, **normativní etika**, formuje obecné principy mravního jednání. **Aplikovaná etika** je specifickou morálně vědní oblastí. Poskytuje návody na řešení konkrétních situací mravní volby. Svá doporučení podává i prostřednictvím **profesních etik**.

Existují různá kritéria klasifikací etických teorií, přičemž některé z koncepcí nelze jednoznačně zařadit podle žádného z klíčů. Jeden z možných způsobů třídění vede dělicí **linii mezi teleologickými a deontologickými koncepcemi**. Charakteristickou vlastností **teleologických koncepcí** je cílovost. Kritériem posouzení mravnosti jednání se stává sledování absolutního cíle. Primárně jsou podrobovány hodnocení konečné důsledky jednání. Teleologické etiky jsou konsekvencialistické. Na rozdíl od cíle o sobě teleologických koncepcí mají **deontologické teorie** danou o sobě mravní závaznost jednání.

Z aspektu teorie vědeckého poznání se etické teorie dělí na ty, které jednak říkají, že morální soudy jsou tvrzeními, a jednak že je možno rozpoznat, které jsou pravda a které nepravda. **Kognitivismus** říká, že fakta udělují mravním soudům jejich pravdivost, přičemž předpokládá existenci mravně relevantních faktů. Naproti tomu **nonkognitivismus** je teorií popírající možnost získání mravního poznání v tomto smyslu pro odlišnost předmětného světa faktů a oblastí mravních názorů. Nutno odlišit nonkognitivismus od **mravního skepticismu**, který popírá principiální možnost poznání morálních pravd a zpochybňuje smysluplnost jakýchkoliv mravních soudů.

Etické teorie můžeme rozlišit podle toho, zda se hlásí k některé formě mravního relativismu, nebo jej odmítají a jsou proto nerelativistické. **Relativismus** vyhlašuje, že nelze nalézt odpověď na otázku, zda jisté jednání je dobré nebo špatné. Hodnocení závisí na hledisku, objektivní hledisko však neexistuje. Individuální nebo společenský mravní relativismus jsou toho názoru, že nutnou součástí

morálního výroku je dovětek ve smyslu podle někoho nebo pro někoho.³ **Nonrelativistickou** pozici zastává například **etický realismus**, který je založen na principu objektivní pravdivosti nebo nepravdivosti morálních soudů.

Obečné principy správného jednání v mravně relevantních situacích a obecná kritéria pro kvalifikování předmětů jako morálně dobrých nebo špatných přinášejí doktríny **analytické etiky**. Podle výběru autorů Koláře a Svobody jsou koncepcemi vyššího významu **utilitarismus**, **emotivismus**, **intuicionismus** a **univerzální preskriptivismus**.

Utilitarismus je etická koncepce tkvící svými kořeny v britském empirismu. K posouzení jednání používá kritérium užitečnosti, původně slasti jako objektu přirozeného lidského úsilí. Utilitarismus činu říká, že každý skutek je hodnocen podle přínosu ve svém důsledku a poměřován s uvažovanými alternativami podle míry očekávaného užitku. Výpočet maxima štěstí v konkrétní situaci morální praxe představuje pro rozhodující se subjekt nepřekonatelnou překážku. V praxi, kdy je člověk omezen mírou vzhledu do příčinných souvislostí i časem pro rozhodování, nemůže skutečně identifikovat důsledky. Není splněn předpoklad nesení odpovědnosti za mravní volbu. Kvantifikace požitků je v utilitarismu nutná ke zjištění výsledné užitečnosti jednání. Představy lidí o štěstí se však značně různí a objektivní porovnání požitků z hlediska jejich užitečnosti je obtížné. Navíc utilitarismus abstrahuje od motivů jednání. Proto může jako mravně dobrý být hodnocen i čin, který měl být podle úmyslu zlým. Ve svých důsledcích však přinesl prospěch. **Pravidlový utilitarismus** odvozuje zásady správného jednání ze zkušenosti a směřuje k důsledkům. Mravně se jeví takové konkrétní jednání, které se z obecného hlediska osvědčilo ve smyslu maximalizace užitku. Ústředním pojmem utilitarismu je štěstí. Od časného hédonismu se koncepce historicky posunula k důrazu na dlouhodobý a intelektuálně orientovaný požitek.⁴

Emotivismus vznikl v první polovině dvacátého století, kdy filozofie jako logický pozitivismus začala obracet pozornost k metaetickým problémům. Základní myšlenka vychází ze zjištění, že vyslovování morálních soudů se liší od konstatování faktů z pohledu nezúčastněného pozorovatele. Výpověď není popisnou, ale vyjadřuje postoj či emoci bez užití mravního pojmu. Jazyk umožňuje teoretické uchopení reality, jaká je, a rovněž soudy, které nepřispívají k poznání světa, protože nejsou dokazatelné empirickými a logickými metodami. Morální soudy vyjadřující pocity mají v lidském životě svou důležitou úlohu. Pocity bezprostředně motivují jednání a tím se stávají relevantními pro rozhodování. Radikální emotivismus odkazuje mravní výroky do sféry iracionality. Mravní spory se stávají bezpředmětnými, neboť emoce jako součást individuální psychiky nemohou být ve sporu, jsou pouze odlišné. Novější verze této etické koncepce připouští konflikt způsobený skutečností, že vyjádření mravních postojů doprovází snaha přimět druhého člověka k jejich sdílení.⁵

³ Srov. Kolář, Svoboda, 1998, s. 55 - 62.

⁴ Srov. Kolář, Svoboda, 1998, s. 63 - 67.

⁵ Srov. Kolář, Svoboda, 1998, s. 67 - 70.

Etický **intuicionismus** se soustřeďuje na problematiku etického poznání. Základní myšlenky koncepce jsou výrazem teoretických úvah o mravnosti britského filozofa Georga Edwarda Moorea. Slovo dobrý v morálním významu označuje nedefinovatelnou vlastnost. Přítomnost jakékoliv empirické vlastnosti nelze identifikovat s dobrotou. Odlišení empirických od neempirických vlastností se děje na základě skutečnosti, že empirický předmět je smíšeninou fyzikálních vlastností, proto je jeho existence závislá na existenci vlastností. Vlastnost „být dobrý“ není implicitní, i po zbavení předmětu této vlastnosti on zůstane beze změny. Rozpoznatelnost dobra zprostředkuje subjektu jeho mravní intuice. Koncepce nevysvětluje rozdílnost názorů a mravních voleb, která nekoresponduje s předem daným vědomím morálních principů.⁶

Autorem **univerzálního preskriptivismu** je britský filozof Richard Mervyn Hare. Uvedl jej myšlenkou, že výrazy jazyka morálky slouží primárně k vyjádření postojů ovlivňujících jednání. Pro svůj praktický charakter se nacházejí mravní soudy ve sféře, v níž je možno uplatnit logické postupy zkoumání. Mezi druhy vyjádření považovanými za mravní soudy, kam patří hodnotící soudy, soudy vyjadřující principy jednání, formulace cílů a imperativy, jsou právě příkazy nebo zákazy vyjádřeními s praktickou regulativní rolí. Imperativ není postižitelný podmínkou pravdivosti, z čehož vyplývá jeho předpisovost. Další důležitou vlastností mravního soudu je jeho zevšeobecnitelnost, která jej odlišuje od mravně irelevantního vyjádření a umožňuje plnit funkci mravního principu. Deskriptivní význam morálního soudu se může lišit například v závislosti na společenství, jehož příslušníky lidé jako mravní bytosti jsou. Podstatným rysem univerzálního preskriptivismu je skutečnost, že uznání mravního soudu motivuje k uposlechnutí předpisu vyjadřujícího mravní výrok. V souvislosti s tím se demonstruje problém slabosti vůle. Teorie nepodává vysvětlení, proč lidé často nedostojí svým morálním závazkům. Ukazuje, že otázky mravnosti lze s úspěchem řešit racionálními postupy.⁷

Na další úrovni hierarchie soudobé analytické etiky se nacházejí etické doktríny jako systematicky konstruované sestavy mravních soudů o lidských rozhodnutích a jednáních. Nacházejí se v logických vztazích nebo bez logické závislosti, jsou však vzájemně kompatibilní. Existují vztahy shody či neshody mezi jednotlivými systémy a názorová variabilita koncepcí slévajících se do hlavních proudů analytické etiky.

Oblastí prolnutí etiky a logiky jako disciplín praktické a teoretické filozofie je **metaetika**. Uvažování, rozhodování a vyjadřování mravních obsahů je provázeno myšlenkovými postupy, které probíhají za instrumentální pomoci nesespecifických pojmů. Metaetická teorie vysvětluje význam mravních termínů a výroků, logiku obecných mravních principů, možnost a povahu etického poznání a vzájemný logický vztah etických teorií. Provádí logický rozbor, čímž zpřístupňuje zákonitosti morálních výroků, jejich vzájemných vztahů a vztahů mezi mravními soudy a výroky o faktech jako odrazech skutečnosti. Etickou terminologií se zabývá ve smyslu objektivizace významů a věcné správnosti aplikace mravních pojmů. Analyzuje morální systémy z hlediska jejich logické výstavby,

⁶ Srov. Kolář, Svoboda, 1998, s. 71 - 73.

⁷ Srov. Kolář, Svoboda, 1998, s. 73 - 79.

důsledků a vztahů mravních soudů o lidském jednání. Zkoumá povahu racionálních a dalších způsobů zdůvodňování mravních přesvědčení, možnosti logického modelování mravních úsudků a předpoklady pravdivosti mravních výroků.⁸

„Je-li studium etiky aplikováno na profesní oblast, je nutné nejen diskutovat základní etické pozice, nýbrž také podstatu profese a okolnosti, za nichž se tato profese uskutečňuje.“⁹ Předmětem mé rigorózní práce se stala aplikovaná etika. Zaměřím na etiku zdravotnických povolání, jejíž charakter je normativní ve vztahu k vnitřní mravnosti lékařství a ošetřovatelství.

⁸ Úvod do metaetické problematiky poskytují autoři Kolář a Svoboda (1998).

⁹ Garrat in Munzarová, 2005, s. 15.

2. Etika zdravotnických povolání

2.1. Základní pojmy

V oblasti etiky zdravotnických profesí se nacházejí dva samostatné a rovnocenné obory, lékařská etika a etika v ošetrovatelství. Jejich předmětem je mravnost výkonů pomáhajících povolání. Zdravotníci jsou tvůrci a nositeli svébytné etiky. Pro jasnou komunikaci je zde třeba užívat pojmy, které jsou pregnančně vymezeny. Označení bioetika náleží mravnosti výkonu lékařské profese a rovněž mravnosti oborů vědy vytvářejících podmínky existence a vývoje současné medicíny. Bioetika vznikla na základě nových problémů etického rozhodování, zkoumá morální odpovědnost užívání moderních technologií a léčebných prostředků při realizaci vědeckého výzkumu a lékařské praxe. Název evokuje souvislosti biologie s vlastní lékařskou praxí a biologická hlediska používaná při řešení etických otázek. Jejím obsahem je prevence a léčení nemocí, ale i život a zdraví jako nejvyšší hodnoty medicíny. Bioetické teorie vycházejí z koncepcí obecné etiky.

Pojem lékařská etika označuje etickou problematiku lékařské praxe a současně je samostatným lékařským oborem. Lékařská deontologie charakterizuje povinnostní stránku výkonu lékařského povolání a je vyjádřena prostřednictvím kodexů vymezujících povinnosti lékaře ve vztahu k nemocnému, kolegům, příslušníkům ostatních zdravotnických profesí, veřejnosti a institucím. Přesným vyjádřením mravnosti výkonu ošetrovatelského povolání je etika v práci sestry. Helena Haškovcová uvádí anglický ekvivalent nursing ethics. Podobně české slovní spojení etika v ošetrovatelství označuje mravnost v práci všech ošetřujících profesí.¹⁰

Étos povolání představuje určitý typ mravnosti, ve které mravní uvažování a jednání je výsledkem dominantního postavení mravních hodnot jako předpokladu výkonu pomáhající profese.

2.2. Principy etiky zdravotnických povolání

Etika zdravotnických povolání je společná. Jednoznačná spojitost je vyjádřena základním vztahem mezi pomáhajícím a trpícím. Marta Munzarová uvádí jasné principy, kterými jsou respekt k autonomii osob, neškození, dobřechinění a spravedlnost. Tento koncept, jehož autorem byl William David Ross, se stal vzorem pro formování etiky v praktických podmínkách současnosti.¹¹ Jan Payne uvádí lékařství jako příklad aplikace rozumu a rozhodnutí. Využití etiky a hermeneutiky je zde předpokladem propojení biotechnologicky prováděné medicíny a požadavku úcty k člověku.¹² Kontinuitu vývoje klasické a moderní lékařské etiky pomohou nejlépe ukázat principy katolické morální teologie, z nichž základním je **správčovství** Bohem svěřeného života. Jiří Jankovský vyjadřuje ústřední křesťanský motiv pomocí nápisu na katedrále v Chartres: „Magna cum reverentia

¹⁰ Srov. Haškovcová, 2002, s. 16.

¹¹ Srov. Munzarová, 2005, s. 42 – 43.

¹² Srov. Payne, 1995, s. 8 - 9.

creavit Deus hominem“(Bůh stvořil člověka s velikou úctou).¹³ Princip **nedotknutelnosti** života ukládá člověku povinnost ochraňovat jej, přičemž nemá nárok rozhodovat o svém životě a jeho smyslu. Princip **totality a integrity** zakládá pravidla, za jakých je možno do celistvosti lidského těla zasahovat zejména chirurgickými metodami. Je zakázáno odnímat jeho části, pokud nenastala situace ohrožení existence organismu. Novodobým prvkem, jehož aplikaci si vyžádalo rozhodování v oblasti dárčovství orgánů, je odlišení anatomické a funkční integrity. Dalšími z principů, na kterých se zakládá křesťanská etika, jsou **vztah svobody a odpovědnosti**. Princip odpovědnosti lékaře stále do jisté míry určuje submisivitu nemocného. V novodobé historii se však pojetí lékařské deontologie výrazně proměňuje. Přináší to změnu rovnováhy vztahu od paternalismu k partnerství. Podle principu **vztahu rozmnožování a sexuality** člověku nepřísluší rozhodovat o daru života, nepřipouští se tedy jiná než přirozená metoda regulace koncepce.

Sekularizovaný princip **beneficence** přikazuje lékaři jednat vždy v zájmu nemocného. Zdravotníci lékařských a nelékařských povolání prakticky naplňují rozhodující princip prospěchu svých nemocných ochranou života a obnovováním zdraví. Medicína současnosti však většinu chronických nemocí dokáže ovlivnit pouze ve smyslu úlevy od utrpení, prodloužení života nebo zlepšení jeho kvality. Specifické formy utrpení, jakými jsou bolest, maligní a psychiatrická onemocnění, jsou charakteristické tím, že vyžadují vysokou míru trpělivosti nemocného a pomáhajících. Léčení a péče spočívá do jisté míry ve společném hledání způsobů, jak učinit příznaky nemoci snesitelnými. Princip **respektu k autonomii** nemocného v dnešní podobě je výrazem úcty k nezávislému rozhodování. Zdravotníci volí pro nemocného úkony, které považují za nejvýhodnější, přičemž jsou povinni respektovat jeho svobodnou vůli.

Princip **nonmaleficence** je primární zásadou léčby a péče o nemocné. Lékaři ji uplatňují jako první zásadu v situacích, ve kterých je třeba zvolit správný terapeutický postup. Fenomémem příznačným pro lékařství je princip **dvojitého účinku**. Uplatní se, pokud z jednoho zamýšleného jednání pocházejí dva účinky, přičemž jeden je příznivý a druhý nepříznivý. Jednání, které se nachází v rozporu s primární zásadou nepoškodit, je možno aplikovat pouze za jasných podmínek. Podstata hlavního jednání musí být dobrá nebo indiferentní. Základním úmyslem jednajícího je dobrý účinek, špatný není cílem ani prostředkem. Dobrý účinek nevzniká prostřednictvím špatného, který je sekundárním nebo paralelním. Dobrý efekt svou závažností a hodnotou ospravedlňuje špatný účinek. Jednání s nepříznivým účinkem nelze nahradit jiným, nedoprovázeným poškozujícími následky. Velmi typickým příkladem je protinádorová chemoterapie, která je založena na účinku poškozujícím buněčné dělení.

Princip **spravedlnosti** má dva hlavní způsoby uplatňování, kterými jsou porovnání potřeb jedince nebo skupiny s potřebami ostatních nebo použití klíče pro rozdělení bez srovnání potřeb.

¹³Srov. Jankovský, 2003, s. 114.

Současná společnost se od tradice přirozeného zákona odklonila k ideí přirozených práv, jejichž uplatňování však nebývá vyvažováno povinnostmi a odpovědností k vlastnímu zdraví a životu.¹⁴

Nahlédneme-li do historie medicíny, objevíme několik společných rysů etiky lékařství a ošetrovatelství. V osmém až sedmém století před Kristem se antičtí lékaři zabývali ošetřováním ran, dnes převážně ošetrovatelskou aktivitou, a dále například péčí o nemocné s bolestí, kterou ovlivňovali patrně opiáty. S rozšířením křesťanství se akcentovaly další prvky lékařské mravní tradice, jimiž jsou soucit s trpícími a pomoc nemocným. Nemocnice měly nejprve podobu útulků pro poutníky a později klášterů s posláním pečovat o nemocné a tišit jejich bolest. Základem medicíny jako oboru lidské činnosti se stalo zasvěcení života pomoci trpícím. Impulsem pro rozvoj medicíny jako instituce bylo období třicetileté války. Institucionální podoba lékařství a ošetrovatelství byla rozhodujícím způsobem, jehož vliv je patrný podnes, zformována podle logiky uspořádání polních nemocnic z let 1618-1648. Účelem zřizování vojenských nemocnic byla chirurgická péče, zejména hojení ran. V souvislosti s epidemiemi v armádách v nich byli léčeni infekčně nemocní. „Z období vojenských nemocnic se do moderní institucionalizované medicíny dostaly zejména přístupy spojené s hierarchií, dominancí a teritorialismem. Hierarchizace nemocničního prostředí, vedeného předností kliniky, má své zdroje právě v tomto uspořádání.“¹⁵

Do poloviny devatenáctého století bylo léčení nemocných aplikací jednoduchých terapeutických postupů, podávání tekutin a výživy. Skutečný rozvoj chirurgie byl umožněn objevy antiseptiky, asepse a zavedením antiseptických postupů do praxe operačních a porodních sálů. Z domácího prostředí se těžiště procesu péče o nemocné přesouvá do nemocnic. Ve dvacátém století, kdy rozhodujícím způsobem vzrostl počet nových léčebných a zejména farmakologických metod, se nemocnice stávají technologickými centry. „Otázka, jak poznat, co je v diagnostice přesné, a zejména, co je v léčbě účinné, co prospívá, a co dokonce škodí, proto zůstává v moderní době stejně naléhavou jako v polovině devatenáctého století.“¹⁶

Významným obdobím z hlediska vzájemného vztahu etiky obou profesí jsou devadesátá léta dvacátého století, doba medicíny založené na důkazu. Krize moderní klinické medicíny poukazuje na hranice karteziánského pojetí světa, varuje před generalizací doporučených postupů a upozorňuje, že situaci konkrétního nemocného je nutno řešit s rozvahou. Důsledným přístupem ve smyslu holismu je spolu s léčbou nemocného o něho pečovat. Konec dvacátého století je krizí komplexnosti reality a výzvou k návratu k pečování v lékařství. Lékařství je tak kombinací praktických postupů, vědy, empirie a humanity. Rozvoj oborů sledují změny institucionální podoby, čímž je vytvořen prostor pro různé typy lékařské a ošetrovatelské péče. Tradice medicíny je velmi různorodá a je možno ji vnímat jako vědu, péči o trpící, instituci nebo profesi. Jsou zde stejně jako v ošetrovatelství aplikovány přírodní vědy do světa lidských vztahů.

¹⁴ Srov. Kořenek, 1995, s. 47 - 48.

¹⁵ Fialová, Kouba, Špaček, *Medicína v kontextu západního myšlení*. 2008, s. 11.

¹⁶ Fialová, Kouba, Špaček, *Medicína v kontextu západního myšlení*. 2008, s. 12.

Etika v ošetrovatelství sdílí principy dobročinnosti, neškození a respektu k autonomii s lékařskou etikou. Ošetrovatelské teorie vyvíjí úsilí o vztah založený na respektování důstojnosti a poskytující podporu nemocnému ve výběru a kontrole prostředí. Přes posun k deontologickým tématům ošetrovatelství setrvává na péči jako svém etickém základu.

2.3. Etické kodexy ve zdravotnictví

Vzájemná souvislost demokratických a etických principů se projevuje v procesu hledání řešení nových druhů dilemat zdravotnické praxe. V moderní pluralitní společnosti nabývá tento proces podoby dialogu s cílem nalézt konsenzus a normativní výstupy. V dlouhodobé multioborové diskusi se vychází ze zásad demokratické společnosti, vyjádřených například prostřednictvím Všeobecné deklarace lidských práv. Závěry pro normativní etiku mají formu povinnostních kodexů, jejichž obsah tvoří pravidla a principy doporučené pro výkon zdravotnických povolání.

Výrazem kodex, přeneseným z právnictví, kde znamená soubor předpisů určitého oboru nebo zákoník, jsou označena etická pravidla výkonu povolání lékařů, sester a jiných zdravotníků. Funkce etických kodexů je preskriptivní, zavazují zdravotníky k určitému jednání. Jsou nikoliv právně, ale mravně závazné, protože etika respektuje existenci situací, vyžadujících rozhodování mezi závažnými protikladnými argumenty.

V obecném smyslu jsou etické kodexy systémy norem upravujících vztahy mezi členy určité sociální skupiny do souladu s uznávanými mravními hodnotami. Charakteristickou vlastností normativních systémů je univerzalita. Pravidla mají být jasná a přijatelná pro největší možnou skupinu zúčastněných. „Při rozmanitosti pravidel chování v rámci určitého systému je toliko třeba, aby tato pravidla chování byla spolu skloubena podle určité kompozice a aby tato kompozice byla jádrem uzavřeného systému návodů k jednání; teprve takovýto hotový systém a nikoliv jednotlivé pravidlo chování má smysl učinit předmětem univerzalizace a dalšího zkoumání a naopak až univerzalizace je nepodmíněnou podmínkou toho, aby o etické uvažování vůbec šlo: jádrem každého etického řádu je totiž právě tato univerzalizace pravidel či jejich souboru.“¹⁷

Při vytváření etických kodexů je nutno respektovat některé zásady. Etický kodex má být především vnitřně konzistentní a vyjadřovat poslání profesí. Má jasně formulovat priority, konkrétní závazky a eticky relevantní požadavky na příslušníky povolání. Etický kodex splňuje rovněž kritérium přiměřené obecnosti a vyváženosti z hlediska práv a povinností. Obsahem kodexu má být postup řešení konfliktů, jeho interpretace a aplikace.¹⁸

Mravní normy vznikaly a vyvíjely se v závislosti na stupni rozvoje společnosti. Morální regulace lékařské praxe se objevuje v historickém období starého Egypta. Základními kritérii mravnosti bylo jednání lékaře a jeho odborná způsobilost. V dějinách medicíny významem vyniká

¹⁷ Payne, 1995, s. 44.

¹⁸ Srov. Ivanová, 2006, s. 64.

Chammurapiho zákoník (1792 – 1750 před naším letopočtem) starověké Mezopotámie, který společensky váženou profesi opatřuje zákonnými normami. Významu Hippokratovy přísahy dosahuje Čarakův lékařsko – etický systém Indie 1. století před naším letopočtem. Formou rozmluvy slibuje žák svému učiteli zachování mravních principů. Dominuje mezi nimi čistota úmyslu, zachování tajemství, uvážlivé sdělování pravdy a pěstování odbornosti.¹⁹

Etika příslušníků lékařského povolání období antiky má svou bazální formulaci v Hippokratově přísaze. Lékař v ní formou smlouvy slibuje plnění závazků k bohům, ostatním příslušníkům povolání a nemocnému. Vedou se spory o autorství a době vzniku Hippokratovy přísahy, přesto jméno řeckého ostrovana, žijícího v letech 460 - 370 před Kristem, asociuje mravnost výkonu lékařského povolání. Autor přísahy, která vznikla pravděpodobně na konci 4. století před Kristem, pocházel z řad Pythagorejců. Jejich náboženské společenství vyznávalo vlastní kodex ctností a mystiku vědění. Doporučení přísahy jsou charakteristická pro Pythagorovo učení. Představují krystalickou formu mravnosti medicíny, avšak jsou vzdálena zásadám výkonu lékařské praxe všeobecně platným v prostředí starověkého Řecka. Pythagorejci například prokazovali svému učiteli stejnou úctu jako adoptivnímu otci. Vyznávali kult vědění, na které se vztahovalo tajemství. Podstata terapeutického vztahu je zde paternalistická. Lékař, který přísahal bohům, na základě svého odborného úsudku uplatňuje princip dobra pro nemocného. Jednoznačný zákaz panoval v případech eutanazie a interrupce. Postupně význam mravních zásad Pythagorejců převážil a staly se základem lékařských slibů následujících historických období.²⁰

První odkaz na Hippokratovu přísahu pochází z počátku našeho letopočtu. Druhé oživení přineslo křesťanství. Vzájemný vztah mezi křesťanskou lékařskou etikou a tradicí hippokratovskou dokládá existence rukopisu „Z přísahy dle Hippokrata, na niž může křesťan přísahat“ z 10. až 11. století. Akcentuje se zde odpovědný vztah lékaře k nemocnému na základě posláních od Boha.²¹ Hippokratovské zásady byly shrnuty britským lékařem Thomasem Percivalem v roce 1803. Apeloval na lékaře, aby sloužili svým pacientům s tím, že jejich pocity pohody v životě, zdraví i životy záleží na dovednostech lékařů, na jejich pečlivé pozornosti a odborné přesnosti.²² Přetrval tedy původní model medicíny zejména ve smyslu odpovědného vztahu lékaře k nemocnému a pojetí lékařství jako mravního závazku.

V období po 2. světové válce nastala situace nutnosti vyrovnat se s vážnými proviněními lékařů a biomedicinských vědců proti etice a vyřešit rozpor proveditelnosti výkonů se zachováním lidské důstojnosti. Dokumentem, vyjadřujícím podmínky, za kterých je možno provádět experimenty s účastí lidských jedinců, je Norimberský kodex z roku 1947. Reflektuje válečnou zkušenost a je bezprostřední reakcí na proces se zločinci proti lidskosti. Navazujícím dokumentem je Ženevský slib

¹⁹ Srov. Malý, 1998, s. 13 - 19.

²⁰ Srov. Munzarová, 2005, s. 20.

²¹ Srov. Munzarová, 2005, s. 21.

²² Srov. Rokyta et al., 2006, s. 35.

z roku 1948, vydaný Světovou zdravotnickou organizací. Je vlastně novodobou formulací Hippokratovy přísahy a zakládají se na něm současné lékařské přísahy.

Kodexy určené příslušníkům zdravotnických povolání reagují na proměny hodnot akceptovaných společností. Mravnost výkonů zdravotnických povolání se však vztahuje k všeobecným hodnotám, jimiž jsou život, zdraví a úcta k lidské bytosti. Základními národními etickými dokumenty jsou Etický kodex České lékařské komory a Kodex pro zdravotní sestry. Mají společná některá ustanovení charakteristická pro vztah poskytování péče.

Etický kodex České lékařské komory jako novela stavovského dokumentu číslo 10 byl schválen na 5. sjezdu České lékařské komory dne 10. 12. 1995 a nabyl účinnosti 1. 1. 1996. Etický kodex vymezuje obecné zásady, kterými jsou péče o zdraví a mírnění utrpení každého člověka podle zásad lidskosti, v úctě k životu a důstojnosti lidské bytosti. Příslušník lékařské profese je povinen ve vztahu k vlastnímu povolání ctít určité zásady, zejména respektovat vůli nemocného, nechat se vést vlastním svědomím a prospěchem nemocného. Z hlediska paliativní a terminální lékařské péče má zvláštní význam ustanovení sedmé: „Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium není přípustné.“

Mezinárodní etický kodex pro sestry The ICN Code of Ethics for Nurses byl přijat Mezinárodní radou sester v roce 1953. Rokem založení International Council of Nurses byl 1899. Organizace se sídlem ve švýcarské Ženevě sdružuje více než 130 národních asociací sester. Etický kodex vychází ze základních zásad ošetrovatelské péče, kterými jsou respektování lidských práv a práva být léčen s úctou při zachování důstojnosti člověka. Pravidelným přezkoumáváním a revizemi kodexu je reagováno na změny reality ošetrovatelské a zdravotní péče, které doprovázejí společenské změny. Poslední revize byla provedena v roce 2006. Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester hlásí k Etickému kodexu ICN, který byl projednán sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů České asociace sester a přijat Etickou komisí a Prezidiem ČAS. Vstoupil v platnost 29. března 2003.

2.3.1. Práva pacientů

Výchozím dokumentem práv patientských a klientských skupin je Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Před jejím vznikem vstoupilo v platnost několik významných dokumentů, které má na paměti Úmluva o bioetice, jak zní jeden z jejích zkrácených názvů. Všeobecná deklarace lidských práv byla vyhlášena Valným shromážděním Organizace spojených národů dne 10. prosince 1948 jako bezprostřední reakce na válečné utrpení mas. Vyjadřuje jménem všech lidských bytostí jejich rovnost a má obecně přijatý a uznávaný neformální vliv, založený na úctě k lidským právům. Jmenujme dále Úmluvu na ochranu

lidských práv a základních svobod ze dne 4. dubna 1950 a Úmluvu o právech dítěte, která vstoupila v platnost 20. listopadu 1989. Úmluva o bioetice byla přijata výborem ministrů Rady Evropy v roce 1996. Následoval proces právního uznání v členských zemích Rady Evropy. Dokument obsahuje principy, práva a povinnosti určené k akceptaci státy, jež ji ratifikovaly. Strategií dokumentu je partnerství lékaře a nemocného. Základ obsahu tvoří deklarovaná práva pacientů, která jsou aplikovanými lidskými právy. Mají tedy charakter individuálních svobod a sociálních práv. Za Českou republiku byl dokument podepsán 24. 6. 1998. V roce 2001 byla Úmluva o bioetice ratifikována Parlamentem České republiky. Nejvyšší zdravotnický zákon země vstoupil v platnost 1. prosince 1999.

Podstatou základní a všech odvozených verzí práv pacientů je vyjádření potřeb nemocných. Práva nemocných mají status mravních norem, jejichž cílovou kategorií je lidská svoboda. Na právu seburčení na základě svobody bezprostředně závisí možnost svobodného rozhodování, rovněž tedy odpovědnost za svou osobu a vlastní život. Etický kodex Práva pacientů byl poprvé formulován v roce 1971 ve Spojených státech amerických. Americká asociace nemocnic vytvořila a schválila v roce 1973 „Listinu práv nemocničních pacientů“. Obsahuje ustanovení, že pacient má být léčen a ošetřován jako partner. Důraz byl položen na povinnost lékaře vysvětlit, k čemu přistupuje. Opatření „informed consent“ je zde odvozeno od základního práva člověka na seburčení. V původní Lisabonské deklaraci o právech pacientů, vydané Světovou lékařskou asociací roku 1981, se jako základní motiv opakuje obhajoba důstojnosti nemocného lékařem. Všechny následující podoby práv patientských skupin se odvíjejí ze základních šesti. Nemocný má právo svého lékaře zvolit a předpokládat, že i on je svobodný v rozhodování. Nemocný je držitelem práva na uplatnění poučeného rozhodnutí a respektování důvěrnosti údajů o své léčbě. Konečně je právy ošetřena smrt ve smyslu důstojnosti a formy útěchy, jež je možno přijmout i odmítnout.²³

Deklarace o právech pacientů v Evropě byla poprvé přednesena na Evropské konzultaci o právech pacientů v Amsterdamu roku 1994.²⁴ Na základě potřeb specifických skupin nemocných byla formulována práva například dětských pacientů, matky a nenarozeného dítěte, mentálně postižených, duševně nemocných, geriatrických nebo umírajících nemocných. Česká podoba kodexu byla sestavena na základě Vzorových práv pacientů, uveřejněných Americkým svazem práv a svobod v roce 1985. Etický kodex Práva umírajících a terminálně nemocných zakotvuje právo nemocného na pravdivé informace. Zvláštní postavení mezi ostatními má právo na smrt v důstojnosti.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně v kapitole III, článku 10 Ochrana soukromí a právo na informace v bodu 1 říká: „Každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví.“ Povinnost lékaře dodržovat ve vztahu ke svému nemocnému tajemství je velmi stará. „Lze doložit těsnou souvislost mezi tzv. chrámovým, respektive kněžským lékařstvím a jeho pozdější civilní formou. Analogicky lze též doložit těsnou souvislost vazby mezi kněžským slibem mlčenlivosti

²³ Srov. Munzarová, 2005, s. 84.

²⁴ Srov. Deklarácia o právach pacientov v Európe. In *Medicínska etika a bioetika*, 1, 1994, s. 5 - 6/ 15-19.

a lékařským tajemstvím.²⁵ Obsah pojmu lékařské tajemství je vymezen již v Hippokratově přísaze. Adept lékařství slibuje, že vše, o čem se dozví a co zjistí při léčení nemocného, uchová v tajemství. O výjimce rozhodne pacient pouze tím, že mu dovolí, aby některé a upřesní, které skutečnosti projevil. K poučení a souhlasu informovaného pacienta Úmluva o biomedicině říká v kapitole III, článku 10 Ochrana soukromí a právo na informace v bodu 2: „Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Nicméně přání každého nebýt takto informován je nutno respektovat.“²⁶

2.3.2. Etika a právo

Zbývá vymezit vztah etiky a práva jako součástí společenského vědomí. „Otázky vztahu etiky a práva jsou obzvláště složité v pluralitní postmoderní společnosti, v níž je zpochybňována i existence pravdy, společné pro všechny, jejíž poznávání bývávalo základní touhou každé vyzrálé osobnosti a k níž bývaly vztahovány jak etické zásady, tak z nich vycházející patřičný zákon.“²⁷ V situaci, kdy zavládne na dané téma široký společenský konsenzus, nastane shoda mravní normy s legislativní úpravou. Právo nejvýrazněji působí jako regulativ vztahu zdravotníka a pacienta.

Pro vysvětlení vzájemné souvislosti etiky a práva je důležitá dostatečná míra abstrakce. Vůdčí ideou evropské historie práva je přirozený zákon. Kritériem správnosti zákona je shoda s řádem společným všem lidským bytostem. Všeobecný řád mravnosti se odvíjí od přirozených práv člověka, jejichž základ tvoří právo na život a svobodu. Marta Munzarová uvádí i opačnou pozici, na které setrvala druhá skupina myslitelů. Vytvářejí protipól myšlenkovému proudu, podle něhož stav zákonnosti je podložen statutem mravnosti. Zastávají názor, že neexistuje přímý vztah mezi legalitou a mravností. Podle tohoto pojetí lze i platný zákon považovat za nesprávný.²⁸

Obecná právní odpovědnost zdravotníka je založena na několika předpokladech. Může jím být jednání nebo opomenutí v rozporu s povinnostmi lékaře nebo sestry a také příčinná souvislost mezi jednáním a opomenutím či následkem. Právní odpovědnost zakládá rovněž škodlivý následek, mezi kterým může být i ohrožení právem chráněných hodnot. Poslední podmínkou je zavinění.²⁹

Míra možnosti aplikovat systém legality jako podporu mravnosti je předmětem úvah a diskusí zejména v oblasti ukončování životů. Markantně se tento jev ukáže jako rozdíl v posuzování vraždy na jedné straně a sebevraždy nebo eutanazie na straně druhé. Zákon pohlíží jednoznačně na zabití jiné osoby, není však stejně jasná situace v případě zabití vlastní osoby nebo odmítnutí léčby s možným následkem smrti kompetentní osobou. Přestože panuje všeobecná shoda v názoru, že základem zákona je mravnost, právní úprava a mravní hledisko se vždy vzájemně tak zřetelně nepodporují. Právě

²⁵ Haškovcová, 1997, s. 117.

²⁶ Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině. Sbírka mezinárodních smluv ČR, částka 44 z 2. 10. 2001, č. 96, s. 1897 - 1919.

²⁷ Ladd, Bernard in Munzarová, 2005, s. 95.

²⁸ Munzarová, 2005, s. 97.

²⁹ Stolínová, 1998, s. 24.

problém platnosti rozhodnutí inkompetentní osoby nebo stupeň omezení svobody rozhodování jsou toho dokladem. Marta Munzarová cituje usnesení Rady WMA o právu a etice, přednesené na schůzi v květnu 2003: „1. Etické hodnoty a legální principy mají obvykle úzký vztah, ale etické závazky příznačně převažují nad legálními povinnostmi. V některých případech zákon nařizuje neetické chování. Skutečnost, že lékař jednal v souladu se zákonem nutně neznamená, že lékař jednal eticky. 2. Je-li zákon v konfliktu s lékařskou etikou, pak by lékaři měli usilovat o to, aby byl zákon změněn. V situaci takového konfliktu etické odpovědnosti převažují.“³⁰ Existuje rozdíl mezi tím, co je skutečně morální a co je prohlášeno legálním. Naopak zákonem uložená povinnost respektovat normy jednání neznamená vždy jejich souhlas ve svědomí člověka.

2.4. Vývoj lékařské etiky

Lékařská etika, která je samostatným lékařským oborem od roku 1992, procházela určitými stádii vývoje. Její charakter však způsobuje, že potvrzovat své vymezení ve vztahu k ostatním oborům je nucena vlastně stále. Exaktní vědy mají svá paradigmatata. Předmět lékařské etiky je široce specifický a integrován v ostatních oborech medicíny. Vědní disciplíny mají zpravidla definovaný a jednoznačný předmět zkoumání nebo praxe a specifickou metodiku. Metoda řešení etického problému bývá označována pojmem rozvaha. „Obrana rozvahy jako metody spočívá v argumentaci integrativního interdisciplinárního posouzení, která ovšem není garantována jmenovitě určitou odbornou erudicí.“³¹

Etika jako filozofická disciplína měla v univerzitním vzdělání středověku výrazné zastoupení. Postupně se její prostor zmenšoval a mizela rovněž společná humanitní báze. Ve dvacátém století se přesunulo těžiště výuky filozofie na středoškolskou úroveň, zejména do gymnaziálního prostředí. Změna proporcí výuky ve prospěch přírodních věd s sebou přinesla i určitou míru dezintegrace etiky z přípravy k lékařskému povolání. Zúžení prostoru pro lékařskou etiku souvisí s fenoménem dehumanizace medicíny. Podle Heleny Haškovcové však existuje několik důvodů odborného zájmu o etiku.³² Důvod medicínský souvisí s rozvojem diagnostických a léčebných metod. Významný nedostatek aplikace etiky začal být vnímán se vzrůstajícím množstvím problémů praxe v šedesátých letech dvacátého století. Ukázala se neredukovatelnost péče o nemocného na diagnostiku a terapii. Důvod politický se demonstroval jako nutnost ochrany proti zneužití medicíny. Předcházelo mu období bezprostředně po skončení 2. světové války, kdy muselo být reagováno na závažná porušení mravních zásad lékařství a tedy i zneužití medicíny. Rada pro mezinárodní organizaci lékařských věd začala nově formulovat lékařskou etiku jako jeden z mechanismů ochrany lidských práv.³³ Důvod lidský se v poválečném období manifestoval jako fenomén svobody lidské bytosti.

³⁰ Srov. Munzarová, 2005, s. 99.

³¹ Haškovcová, 2002, s. 46.

³² Srov. Haškovcová, 2002, s. 23.

³³ CIOMS in Haškovcová, 1997, s. 19.

Proměnil se tedy také vztah nemocného člověka k lékaři ve smyslu změny stupně závislosti. Vyjasnění rolí a pojmenování vztahu mezi zdravotníkem a nemocným našlo postupně výraz v přijetí etického kodexu Práva pacientů.

Výrazné projevy absence etiky ve výuce přicházejí v poválečném období současně s prohloubením krize moderní medicíny pokračující od přelomu století. Takto reflektuje vývoj Helena Haškovcová.³⁴ Dále zpřehledňuje vývojové tendence lékařství a etiky rozdělením na období po roce 1945, kdy dominuje akutní medicína, po roce 1970, v němž se zvyšují preference medicíny chronických stavů a období po roce 1990, ve kterém se akcentuje paliativní medicína a paliativní péče.

Reakcí na dlouhodobé vyjmutí etických problémů z běžného procesu řešení v našich podmínkách bylo zřízení poradního a expertního orgánu. Doba jeho vzniku odpovídá období velkých společenských změn. První zasedání Centrální etické komise Ministerstva zdravotnictví České republiky se konalo 30. 10. 1990. Iniciovala dále vznik funkční sítě místních etických komisí.

2.5. Témata a dilemata etiky zdravotnických povolání

2.5.1. Svědomí

Lidská bytost jako poznávající a jednající subjekt pravidelně podrobuje reflexi své jednání a posuzuje jej jako mravně dobré nebo mravně špatné. K vytvoření názoru na tak abstraktní a rozdílně vysvětlovaný jev, jakým je lidské svědomí, je nezbytné položit si otázky na jeho povahu a účel. Předpokladem myšlenkového uchopení tohoto fenoménu je odhlédnutí od pluralitního názoru na pravdu, který převažuje v soudobé společnosti.

Pod pojmem svědomí se zpravidla rozumí zkušenost následného svědomí po již vykonaném nesprávném nebo zlém činu. Svědomí však účinkuje rovněž ve fázi rozhodování, jaké jednání je správné. Morální hodnota jednání je závislá na svědomí před činem, a tedy na tom, zda bylo v této fázi posouzeno jako dobré nebo špatné. Následné svědomí se projevuje výčitkami, přičemž požaduje odpovědné nesení následků nesprávného jednání.

Marta Munzarová se zabývá dějinami pojmu svědomí. V Aristotelově pojetí je svědomí přiřazeno k rozumu schopnému poznat a aplikovat mravní zásady. Svědomí je ústředním motivem v individualistickém etickém systému stoiků, kde se akcentovala ctnost, spravedlnost a vnitřní svoboda. Svědomí označují řeckým termínem syneidésis a latinským consciencia. Etika křesťanství převzala z helénistické filozofie pojem syneidésis pro uvědomění si správnosti nebo nesprávnosti jednání a obecně pro sebeuvědomění si poznávajícího a jednajícího subjektu. Analogicky s Aristotelem rozlišuje Tomáš Akvinský prvotní vnímání dobra a zla, které označuje synteresis. Consciencia u něho znamená poznání mravnosti v konkrétním případě.³⁵

³⁴ Haškovcová, 2002, s. 16.

³⁵ Golser in Munzarová, 2005, s. 61.

Arno Anzenbacher se zabývá morálně filozofickým problémem mravního apriori, tedy všeobecného principu, podle kterého je aplikován praktický rozum na konkrétní situaci. Poukazuje na dva apriorní prvky pro každé svědomí. Prvním z nich je charakter povinnosti. Uvádí myšlenku Davida Huma, že z něčeho, co je, nikdy logicky nevyplývá, že něco má být. Druhým elementem je apriorní danost dobra a zla jako objektů praktického rozumu. V situaci, kdy se člověk rozhoduje jak jednat, uplatňuje svou zkušenost. Arno Anzenbacher používá slovního spojení motivační horizont, který způsobuje, že lidé nepokládají za příkázané a zakázané totéž.³⁶

Mravní autonomie se uplatňuje prostřednictvím svědomí. Morálně závazné je pro člověka pouze vlastní svědomí, čímž je konstituována jeho svézákonnost. Pokud člověk jedná podle svého svědomí, nemůže jednat jinak. Arno Anzenbacher k autonomii svědomí říká: „Morální jednání je jednání podle nejlepšího vědomí a svědomí.“³⁷ Moralita jednání je u něho určena jeho shodností se svědomím. Důležitým předpokladem morální autonomie je snaha o nejlepší vědomí, tedy o rozumové poznání dobra.

Mravní autonomie lékaře je vyjádřena výslovným uvedením svědomí jako kritéria posouzení směřovatnosti zákonných norem. Etický kodex České lékařské komory praví v oddíle Obecné zásady, § 1 č. 4: Lékař je povinen znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon jeho povolání a tyto dodržovat, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích: neomezují lékařskou etiku, neomezují nebo neznemožňují svobodný rozvoj vědeckého lékařského poznání v kterémkoliv směru, nelegalizují medicinizaci společenských problémů způsobem ohrožujícím základní lidská práva.“ Dále apeluje na svědomí lékaře explicitně v oddíle Lékař a výkon povolání, § 2 č. 5: „Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí nebo odbornému přesvědčení s výjimkou situací bezprostředního ohrožení života.“ V oddíle Lékař a nemocný, § 3 č. 5: „Zadržení informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně podle úvahy a svědomí lékaře. V těchto případech by měl, pokud nemocný neurčil jinak, informovat nejblížší rodinné příslušníky.“ V bioetických diskusích bývá spojováno svědomí s integritou člověka. Pokud je zdůrazňována mravní autonomie a k pravdě je přistupováno relativisticky, nalezení společenského konsenzu ve věci mravní správnosti je značně obtížné. Z koncepce integrity vyplývá, že není přípustné, aby vůle nemocného narušovala celistvost osobnosti lékaře, neboť i on musí respektovat vlastní svědomí.

Proces uvedení svědomí do pohybu je závislý na osobní odpovědnosti a schopnosti přijmout vinu. Schopnost rozpoznat vinu a pocít viny je důležitým indikátorem funkčnosti svědomí. Pokud člověk vědomě tlumí pocít provinění, zruší postupně tento protektivní mechanismus a jeho svědomí setrvává v klidu přesto, že se jeho nositel dopouští nesprávného jednání nebo zločinů. Na počátku tohoto procesu člověk sdílí s ostatními lidmi porozumění špatnosti jednání a hnutí svědomí jej odrazuje od realizace činu. Marta Munzarová pokládá otázku, není-li tato znalost něčím společným

³⁶ Srov. Anzenbacher, 1991, s. 235.

³⁷ Anzenbacher, 1991, s. 237.

(con-sciencia, s-vědomí), a tedy onou často zpochybňovanou společnou pravdou. Postupně za pomoci racionalizace člověk začíná uvažovaný druh jednání přijímat. Následné svědomí lze ohlušovat a postupně umlčet zcela. Tím je dán volný průchod zlu, přičemž člověk žije s pocitem čistého svědomí. Zůstává vinen potlačením počátečního hnutí, navádějícího jej k vyhnutí se zlu.³⁸ Velmi významnou analogií v lékařské a ošetrovatelské praxi je případ, kdy se zdravotník kontinuálně nevzdělává a aktivně nesleduje vývoj v oblasti diagnostických a terapeutických postupů. Vystavuje pacienta možnému poškození, přičemž si není vědom svého provinění. Jeho vina spočívá v tom, že dostatečně neutvářel své odborné povědomí a setrval ve stereotypu rutinních postupů.

Mechanismus výčitek svědomí je v podstatě shodný s mechanismem rozhodování v mravních situacích. Výchozím bodem je však vědomí o nesprávném a nevratném činu. Svědomí je subjektivním kritériem správnosti jednání. Tak lze vysvětlit jev, kdy lidé zaujímají postoj k určitým činům nebo jednají způsobem, který zásadně odporuje svědomí většiny. Rovněž pro tyto příslušníky minoritní skupiny je právě jejich svědomí závazné a vyjadřují jeho prostřednictvím svou mravní autonomii.

V náročné zdravotnické praxi současnosti bývá zejména lékař vystavován těžkému rozhodnutí a nutnosti vyrovnat se s jeho důsledky. Samozřejmou součástí odbornosti zdravotníků je povinnost kultivovat vlastní svědomí a podporovat jej svou odpovědností. V rozhodovacím procesu je nutno zachovávat zdravý úsudek a využívat ve prospěch nemocného logické myšlení a nashromážděné zkušenosti.

2.5.2. Utrpení a bolest

Ústředním motivem etiky obou pomáhajících povolání je utrpení. Mírnění utrpení, a zejména bolesti, jako jeho nejvýznamnější formy, odůvodňuje existenci lékařství a ošetrovatelství. Vznik medicíny jako umění byl odpovědí na přítomnost nemocí a umírání jako samozřejmých součástí reality lidského života. Lékaři starověku důsledně tišili bolest a nechali doplynout život nemocného k smrti, jejíž příchod nesměli zdržovat. To souviselo s antickými postoji k umírání a smrti. Umírající člověk se vlastně připravoval na následující část své cesty. Naproti tomu lékařství současnosti odsouvá za využití maxima prostředků konec života lidského individua na nejzazší hranici. Tím však nemůže být popřena existence utrpení a fenoménu konečnosti v životě člověka, právě naopak. Nemocí, jež lze dnes léčit, ne však zcela vyléčit, je většina. Biomedicínský model lékařství důsledně objektivizuje stav nemocného. Aplikace moderních technologií, kontinuální růst množství analytických metod, vysoká míra specializace a izolovanost jednotlivých odborností v medicíně vytvářejí podmínky pro redukci nemocného člověka na nemoc. Úskalí vědeckého přístupu, založeného na aplikaci matematických metod, spočívá ve skutečnosti, že bolest ve své podstatě nelze kvantifikovat. „Vnímání bolesti je totiž vždy doplněno (snad s výjimkou velice intenzivní akutní bolesti) kognitivním úsilím, pokud jde o její

³⁸ Srov. Munzarová, 2005, s. 62.

zdroj a smysl. Smysl ovlivňuje původní zprávu; vědomá interpretace a modulace zde hraje podstatnou úlohu.³⁹

Existují formy utrpení, jejichž obsahem není bolest způsobená stimulací specifických receptorů. „...bolest není jen fyzická, ale také citová a duševní. Někdo může dokonce říci, že bolest má relativní a duchovní rozměr. Bolest je hledání bezpečí, abychom mohli najít smysl našeho osobního života.“⁴⁰ Očekávaná ztráta, odloučení od rodiny nebo ztráta sociální role mohou mít na člověka účinek srovnatelný s utrpením způsobeným tělesnou bolestí. Úlohu zprostředkování tady mají kognitivní procesy jako paměť, myšlení a zejména představy. Pro člověka, který prožívá anticipační úzkost, už bolest nízké intenzity znamená utrpení. Emoční bolest nemocných, kteří jsou konfrontováni se smrtí, má svou vlastní dynamiku. Elizabeth Kúbler Rossová na základě své rozsáhlé práce s umírajícími pacienty v šedesátých letech dvacátého století rozdělila prožívání člověka na období popření, zloby, vyjednávání, deprese a souhlasu. Vztah bolesti a utrpení je z velké části vyjádřen relativitou vnímání. Předpokladem individuálního způsobu prožívání utrpení je bolest jako součást životní zkušenosti. Ta je ovlivněna nejen osobností člověka, ale také společenskými postoji k bolesti. „Utrpení je specifickým stavem velkých těžkostí, způsobených ztrátou integrity, neporušenosti, soudržnosti nebo celosti osoby, anebo hrozbou (v níž člověk věří), která povede ke zrušení integrity člověka. Utrpení trvá tak dlouho, dokud integrita není zrestaurována nebo dokud hrozba nepomine.“⁴¹

Panuje všeobecné přesvědčení, že utrpení má významný formativní vliv na lidskou psychiku. Z této myšlenky vycházejí jeho jednotlivá pojetí. Náboženství přisuzuje utrpení význam rozhodující události v životě, která pěstuje lidskou pokoru. Společenské uznání křesťanské koncepce utrpení je dáno skutečností, že tradiční křesťanské prostředí rozhodující měrou utváří názory lidí. Křesťanství interpretuje utrpení jako následek porušení trvalého mravního řádu. Například anglickým pojmem pro bolest – pain lze označit také trest. Výraz pochází z latinského poena – potrestání. Tradiční interpretací bolesti, utrpení a smrti je výzva, která vyžaduje opravdovou odpověď člověka. Bolest, kterou člověk považuje za nevyhnutnou, vnímá jako snesitelnou. Kultivují se tak mravní vlastnosti, jakými jsou trpělivost, odvaha a statečnost. Medicína odnímá utrpení a bolesti smysl jejich důsledným odstraňováním. Kritériem snesitelnosti bolesti je právě možnost její eliminace. Jako nesnesitelnou hodnotí nemocní bolest, kterou je potenciálně možno ovlivnit. „Medicína tímto směřuje k popření bolesti, utrpení a smrti jako inherentních součástí lidské situace, v nichž se učíme autenticky odpovídat na výzvy situace, ve kterých se nacházíme.“⁴²

V souvislosti s hodnocením lidské bolesti z hlediska smyslu se manifestuje problém hodnoty jako důstojnosti a také kvality jako užitečnosti života v utrpení. Posun v hodnocení lidského života je způsoben změnami hodnotového systému v postmoderní společnosti. K vyjádřením o hodnotě života

³⁹ Munzarová, 2005, s. 74.

⁴⁰ Saunders, 1999, s. 75.

⁴¹ Cassell in Munzarová, 2005, s. 75.

⁴² Fialová, Kouba, Špaček, 2008, s. 142.

lidské bytosti se často užívá pojmu kvalita života. Bývá však posuzována hédonisticky a navíc z hlediska jiného člověka, nikoliv subjektivně. Příslušníci zdravotnických povolání podporují lidskost a respektují člověka ve své celosti. „Slovo důstojnost, anglicky dignity, se v angličtině přímo odvozuje z latinského dignus, což znamená cena nebo hodnota. Aplikujeme-li toto slovo na lidské bytosti, v jakémkoli stádiu života anebo za jakýchkoli podmínek, chápeme důstojnost jako úctu, kterou dlužíme druhým vzhledem k jejich inherentní hodnotě jako lidí.“⁴³ Důstojnost se nachází v přímém vztahu s filozofickým pojmem osoba.

Nejznámější definice osoby pochází od římského filozofa Boëtia z přelomu 5. a 6. století. Charakterizoval ji jako individuální substanci rozumové povahy konstitutivně vztaženou ke zdroji bytí. Jednající subjekt byl uvažován ve spojení se všemi svými přirozenými vlastnostmi. Novodobé spory o status lidské osoby začínají v sedmnáctém století s jejím racionalisticky empirickým pojetím René Descarta. Ontologický základ personalismu nahradil vědomím sama sebe. Dnešní protichůdné směry v bioetice jsou charakteristické svými odpověďmi na otázky, kdo je lidská osoba a odkdy je člověk osobou.⁴⁴ „V současné době se v bioetice prosazují dvě zásadně odlišné koncepce osoby. Zatímco utilitaristické a radikálně teleologické směry podmiňují osobní existenci a z ní vyplývající právo na život přítomností určitých empiricky prokazatelných znaků, zastánci filozofického personalismu trvají na tom, že každý člověk je osobou, i když se jeho osobnost dosud nerozvinula anebo definitivně zanikla. Ontologická analýza potvrzuje spojitost mezi důstojností osoby a příslušností k lidskému rodu.“⁴⁵

Proces zvládání bolesti vyžaduje aktivní přístup nemocného a profesionální pomoc zdravotníků. Právo na její včasné a odborné léčení je deklarováno Mezinárodní společností pro léčbu bolesti jako základní lidské právo nemocných. Právo na úlevu od bolesti je přirozené a jasné, čímž se stává v konsenzu lidských práv nezpochybnitelným. K tomuto právu se váže povinnost zdravotníků poskytnout lékařskou a ošetrovatelskou pomoc člověku, který se nachází v situaci, kdy je ohrožena možnost realizace jeho vlastních hodnot.

Fenomémem zvláštního významu je naděje. Tato tradiční hodnota a ctnost je jednou ze specifických charakteristik lidského života. Naděje se ze své podstaty vztahuje k něčemu žádoucímu, v co doufající člověk věří, v případě nemocného člověka k uzdravení. Důvodů udržování naděje umírajících je více. Reálný průběh nemoci, která je na základě výsledků vědeckého zkoumání a zkušeností lékaře vyhodnocena jako smrtelná, bývá v některých případech příznivý a dochází k uzdravení. Druhým zdrojem naděje nemocných je velký potenciál medicíny v oblasti vývoje nových léků a moderních technologií. Tyto skutečnosti zakládají nároky na vyváženost sdělení pravdy o závažném zdravotním stavu nemocného. Lékař zohledňuje reálnou situaci a současně zachovává určitou míru optimismu v komunikaci s nemocným. Způsob sdělování terminální prognózy prošel

⁴³ Pollard, 1996, s. 50.

⁴⁴ Srov. Slabý, A., Slabý, J., 2000, s. 110.

⁴⁵ Slabý, A., Slabý, J., 2000, s. 107.

procesem postupných změn. Zatajování pravdy v minulosti bylo zdůvodňováno právě obavou z odejmutí naděje pacientovi. Bylo však motivováno také ochranou před emocionální zátěží zdravotníků a příslušníků rodiny nemocného. V souvislosti s požadavky informovaného souhlasu je sdělení prognosticky nepříznivého stavu povinností lékaře. Morální povinnost sdělit pravdu je založena na respektu k základnímu právu druhého člověka rozhodovat o své osobě a o svém životě. Úloha zdravotníků v oblasti komunikace s nemocným v paliativní péči o jeho zdravotním stavu má však své vymezené místo. „Při rozhodování o tom, co sdělíme, si musíme být vědomi skutečnosti, že ačkoli ovlivňujeme jejich naději, tato naděje je v jejich rukou, ne v našich. Přestože bychom měli podporovat lidi v očekávání pravděpodobného výsledku a pomoci jim vzdát se falešných nadějí, neměli bychom se snažit ovládat je v tom, v co doufají.“⁴⁶. Vzhledem k intenzitě kontaktu náleží sestře nejdůležitější role sdílení naděje s nemocným a rodinnými příslušníky. Naděje je často složena z dílčích úspěchů každodenní péče, které spočívají ve stavu bez bolesti, ve schopnosti pohybu mimo lůžko nebo pokoj nemocných. Tím, že sestra je vždy přítomna a nemocnému pomáhá, podílí se na zachování jeho naděje.

2.5.3. Umírání a smrt

Postoje k umírání a smrti se v dějinách proměňovaly podle stupně uvědomění si vlastní individuality člověkem, koncepce osoby a vztahů jedince ke společnosti a k Bohu. V minulosti převažovala laická péče o těžce nemocné a umírající. Základní vzorce chování a ritualizované způsoby rozloučení s umírajícím se předávaly mezi generacemi. Smrt byla dominantní součástí života lidí. V dobách epidemií je zcela obklopovala přítomností umírajících a zemřelých. V období od dvanáctého do patnáctého století se pojetí finality života proměňovalo ve smyslu individualizace umírání a smrti. V dobách hromadných úmrtí musely být do jisté míry opuštěny dodržované zvyky a pohřební rituály. Z doby morové epidemie v Evropě roku 1350 pochází personifikovaná podoba smrti. Z tohoto historického období pochází literatura tematizující „ars moriendi“ – umění umírat. Podávala návody správného chování v závěru lidského života, smrti vlastní a jiného člověka. Důvodem vzniku a rozšíření ars moriendi byla patrně snaha o vzdělávání křesťanů a záchrana jejich souzených duší. Většina textů vyjadřovala očekávání posmrtného blaha.

V době od šestnáctého století se začínají projevovat vlivy sekularizace kultury a rozvoje lékařství jako vědy. Pohled na smrt se měnil a bylo na ni pohlíženo jako na ukončení vztahů s druhými lidmi. Z osmnáctého století pochází známý obraz nemocného na lůžku v přítomnosti rodinných příslušníků. Počátky medicinalizace smrti, postupné vytěšňování smrti ze života společnosti, strach a její všeobecné odmítání se objevují v devatenáctém století. Zvyk izolovat nemocného od svého okolí pochází z třicátých let minulého století. Lidský život se ve srovnání s předcházejícími historickými obdobími významným způsobem změnil. Tyto změny vedou ke stoupající úzkosti před smrtí a

⁴⁶ Randall a Downie in Fialová, Špaček, Kouba, 2008, s. 228.

vzrůstající potřebě porozumění a spoluúčasti v závěru života. Nejdůležitějším motivem všeobecného útěku od reality smrti je osamělost člověka v neosobním nemocničním prostředí.

V minulosti byla smrt posuzována pouze empiricky. V závislosti na stavu bez dýchání a srdeční činnosti se projeví další jednoznačné příznaky smrti, které přešly do procesu rozkladu lidského těla. S postupným vývojem v oblasti obnovy a udržování životních funkcí ztratilo stanovení okamžiku smrti svou jednoznačnou platnost a bylo nutno jej nově definovat. Objevila se základní otázka, ve kterém okamžiku lze člověka prohlásit za mrtvého, s přímým vztahem k možnosti zastavení léčby, odpojení od přístrojové techniky, ale také ukončení asistované hydratace a výživy nemocných v dlouhodobém nevratném bezvědomí. Nejvýraznějším způsobem ke snaze definovat okamžik smrti přispěl vývoj v oblasti transplantace orgánů. Příkladem jsou kritéria pro okamžik smrti mozku, ve kterém je možno ospravedlnit ukončení život udržujících opatření a ošetrovatelské péče a případně přistoupit k odběru lidských orgánů pro transplantaci.

Všechny definice smrti jsou záležitostí konsensu, protože smrt je procesem, nikoliv okamžikem. Převládá však přesvědčení, že osoba je mrtvá tehdy, je-li postižena ireverzibilní ztrátou všech schopností integrovat a koordinovat fyzické a mentální funkce těla jako jednotky. Tím se rozumí smrt celého mozku a definitivní ztráta kardiopulmonálních funkcí, která k ní vede během několika minut.

Péče o umírající nemocné se vyznačuje vysokou morální náročností. Trpělivá, empatická a zúčastněná péče vyžaduje od příslušníků zdravotnických povolání rozvinutou schopnost emoční účasti. Kay Blumenthal - Barby píše o několika základních principech péče o umírající. Mezi nimi zmiňuje opravdovost a pravdivost pečujícího. Opravdovost spočívá ve vnímání vlastních emocí a vědomém zacházení s nimi při péči o trpícího. Pravdivost bývá interpretována jako pravda na nemocničním lůžku. „Pravdu zde nechápeme jako noetický pojem, ale pojem mravní. Aby bylo zřetelnější, oč jde, je lépe mluvit o pravdivosti u lože umírajícího, protože je tím lépe vyjádřeno, že jde o mravní postoj.“⁴⁷

Dokument Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících byl přijat Parlamentním shromážděním Rady Evropy v roce 1999. Navazuje svým obsahem na Úmluvu o biomedicině. Zahrnuje respekt k autonomii a sebeurčení umírajících včetně vyjádření předem svých přání v souvislosti s umíráním. Doporučení vychází z přesvědčení, že přáním umírajících pacientů je zemřít klidně a důstojně, s přítomností příslušníků své rodiny, kteří jej podpoří a poskytnou mu útěchu. Explicitně se zde vyjadřují specifické potřeby smrtelně nemocných a umírajících, zejména ve smyslu vytvoření příznivých podmínek prostředí. Shromáždění doporučilo členským státům, aby hájily nárok umírajících na paliativní péči, podporovaly jejich rodiny v péči o ně a zajistily koordinovanou lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči zdravotníků školených v paliativní

⁴⁷ Blumenthal - Barby, 1987, s. 50.

péči. Smrtelně nemocní a umírající nemocní, pokud si nebudou přát jinak, mají dostat paliativní péči a tišení bolesti, i pokud by tato léčba měla přispět ke zkrácení života.

V oblasti práva na sebeurčení bylo doporučeno opatření prosadit právo na srozumitelnou a citlivě podanou informaci o zdravotním stavu, přičemž má být respektováno, pokud nemocný nechce být informován. Žádná smrtelně nemocná osoba nemá být ošetřována a léčena proti své vůli a bude respektováno odmítnutí určitého lékařského postupu, vyjádřené formou písemného projevu vůle osoby, která již nebude schopna se vyjádřit. Doporučení přesně vymezuje kritéria platnosti takových prohlášení z hlediska rozsahu předem vyjádřených pokynů, jmenování zmocněnců a rozsahu jejich pravomocí. V případech, kdy není k dispozici předchozí vyjádření pacienta, nebude porušeno jeho právo na život. Výslovná přání umírajícího nemocného ohledně léčebných postupů, která nejsou v rozporu s lidskou důstojností, budou respektována bez ohledu na terapeutickou odpovědnost lékaře. Poslední část doporučení se vztahuje k zachování předpisu zakazujícího úmyslné usmrcení smrtelně nemocných nebo umírajících osob.⁴⁸

2.5.4. Eutanazie

Současná medicína disponuje moderními technologiemi k záchraně a prodloužení života pacientů, jejichž prognóza byla v minulosti smrtelná. Negativním důsledkem tohoto vývoje je protrahované utrpení například nemocných plně závislých na technické podpoře vitálních funkcí nebo pacientů v dlouhodobém bezvědomí. Vzrůstá rovněž počet starých lidí, jejichž život je často doprovázen těžkým nebo chronickým utrpením. Významným jevem postmoderní společnosti z uvažovaného hlediska je důsledný respekt k autonomii jednotlivce. Pod tímto zorným úhlem je rozhodování o životě pouze záležitostí člověka samého. Krize v hodnocení smyslu života souvisí se zaměřením současné společnosti na výkon, jímž je existence člověka zdůvodněna. Umírání a smrt mají v životě současné společnosti jiné místo a jiný význam než v minulosti. Otázka smyslu lidského života zůstává spjata s faktem konečnosti každé lidské existence a nemůže být řešena jinak. Ukončování životů je naléhavým mravním tématem ve zdravotnictví.

Původní význam termínu eutanazie naznačuje jeho složení z řeckých slov eu – dobrý a thanatos – smrt. V hippokratovském pojetí medicíny byl obsah pojmu naplňován pomocí umírajícímu člověku zejména ve smyslu zmírňování jeho utrpení. Marta Munzarová cituje Hippokratovu definici lékařství: „Obecně řečeno je to odstraňování utrpení nemocných, zmírňování prudkosti jejich chorob a odmítání léčit ty, kteří jsou (již) přemoženi chorobou, při vědomí toho, že v těchto případech je medicína bezmocná.“⁴⁹ Tragickým paradoxem je skutečnost, že v novodobé historii se s pojmem eutanazie setkáváme v souvislosti s vyvražďováním obyvatel nacistického Německa, prohlášených lékaři za méněcenné.

⁴⁸ Srov. Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících (Rada Evropy, 1418/ 1999).

⁴⁹ Hook in Munzarová, 2005, s. 90.

Helena Haškovcová uvádí současnou všeobecně uznávanou definici Královské holandské lékařské asociace: „Nevyléčitelně nemocný duševně způsobilý a dospělý člověk, s bezesporu neblahou prognózou, který trpí nesnesitelnými a nezvladatelnými bolestmi a opakovaně žádá o milosrdnou smrt, může zemřít rukou lékaře, který dal celou situaci posoudit nejméně ještě jednomu nezávislému konziliáři.“⁵⁰ V minulosti byla eutanazie rozdělována na aktivní a pasivní. V případě aktivní eutanazie se jednalo o činnost nebo zásah vedoucí ke smrti. Pojem pasivní eutanazie označoval ustoupení od léčebné aktivity ve smyslu nepodání léku nebo nepokračování v terapeutických postupech, rovněž s očekávaným důsledkem smrti. Rozhodujícím faktorem byl úmysl jednajícího lékaře. Nezasáhnutí se záměrem ukončit život nemocného je z mravního hlediska identické s aktivní eutanazií. Existuje však druhý přístup, který byl rovněž nazýván pasivní eutanazií, jehož podstata je však diametrálně odlišná. Jedná se o ustoupení od léčby v případě její zbytečnosti, a přináší-li nemocnému v terminální fázi nemoci další utrpení, s důležitým odkazem na paliativní péči. Marta Munzarová považuje pojem pasivní eutanazie, ve smyslu nezvyšování utrpení nemocného marnou léčbou, za irrelevantní a vysvětluje, v jakém smyslu by bylo podle jejího názoru správné doplnit platnou definici. „Bylo by však vrcholně žádoucí do této definice zahrnout i úmysl zabít tím, že nezasáhnou: Eutanazie je úmyslné zabít člověka, ať již aktivním nebo pasivním způsobem, někým jiným než člověkem samotným (= lékařem) na jeho vlastní žádost. Tato definice by mnohem více odpovídala logice mravního posuzování skutků dle úmyslu jednajícího.“⁵¹ Současná definice se podle dřívějšího pojetí vztahuje na aktivní vyžádanou eutanazii. V lékařské praxi se však vyskytují rovněž případy nevyžádané nebo nedobrovolné eutanazie a asistovaného suicidia. Fenomén kluzkého svahu je důležitým upozorněním na reálné nebezpečí ukončování životů zejména nekompetentních pacientů.

Proces vývoje v oblasti eutanazie je možno velmi dobře ukázat pomocí jejího nizozemského modelu. Historie sahá do roku 1969, kdy byl v Holandsku vyjádřen návrh, aby lékaři přijali důsledky technického pokroku v medicíně a byli ochotni ukončovat životy trpících nemocných. V roce 1973 v zemi proběhl první soudní proces ve věci aktivní eutanazie. Podmínečný trest, udělený lékaři, byl precedencem pro lékařskou praxi v následujícím období. Eutanazie byla v Holandsku zákonem umožněna v roce 1994 na základě výsledků dlouhodobého sledování reality v oblasti ukončování životů. Vychází se zde z názoru, že přestože eutanazie a asistované suicidium jsou trestné, je možno uznat situaci, v níž profesní povinnost lékaře nutí, aby jednal proti formálním nařízením zákona v souladu s explicitním přáním pacienta. Rotterdamská kritéria jsou vlastně podmínkami, za jakých lékař nebude za eutanazii potrestán, pokud navíc provede povinné hlášení. Pacient musí být kompetentní a jeho žádost zcela dobrovolná a úmyslná. Žádost musí být dobře uvážená, jasná a opakovaná. Pacient musí nesnesitelně trpět (ne nutně fyzicky) a eutanazie musí být poslední možností. Jiné možnosti ulehčit situaci nemocného byly vyzkoušeny a shledány neúčinnými. Eutanazii provádí

⁵⁰ Royal Dutch Medical Association in Haškovcová, 2000, s. 117.

⁵¹ Munzarová, 2005, s. 49.

pouze lékař. Je povinen případ konzultovat s jiným nezávislým lékařem, který má zkušenost v této oblasti. Postup povinného hlášení je součástí zákona o pohřebnictví a získal tak formální legální statut.

Eutanazii lze z mravního hlediska označit za problematický fenomén. V oblasti současné argumentace existují některé zásadní rozpory. Eutanazie není činem obhajitelným pomocí práva na důstojnou nebo milosrdnou smrt. V tomto smyslu je v rozporu s křesťanskými principy nedotknutelnosti a správcovství života. Z hlediska etického rozhodování jsou významné základní lidské potřeby, které člověk ve svém životě uspokojuje. K nutnosti saturovat lidské potřeby se vztahují přirozená práva, jež bezprostředně vyplývají z důstojnosti lidské osoby. „Absolutní platnost práva na život není zakotvena pouze v biologické a psychologické potřebě uchovat život, ale především v důstojnosti lidské osoby, pro niž má život vysokou hodnotu díky duchovní potřebě uskutečňovat smysl osobního bytí.“⁵² Koncepce lidské osoby vysvětluje, co je zdrojem důstojnosti lidské bytosti a jejich přirozených práv, na prvním místě práva na život. Empirické pojetí podmiňuje status lidské osoby přítomností specificky lidských schopností. Nezaručuje člověku ochranu jeho práva na život například v situacích etického rozhodování o ukončování životů nekompetentních pacientů. Filozofický personalismus vysvětluje status lidské osoby na základě příslušnosti k lidskému rodu. „Člověk zůstává osobou, i když jeho duševní schopnosti včetně svobodné vůle jsou omezeny nebo definitivně ztraceny.“⁵³

Legitimita práva na smrt je zpochybněna také skutečností, že se nejedná o ospravedlnitelný požadavek, který by zahrnoval povinnost jiných osob jednat určitým způsobem. V daném případě by se jednalo o požadavek omezující autonomii a mravní integritu jednajícího lékaře. Z legálního ani morálního hlediska tedy vyjádření práva na smrt nemá opodstatnění. Spravedlivým požadavkem je v tomto smyslu pouze odmítnutí léčby, která nemocnému přináší nadměrné utrpení. Některá ze základních práv pacientů Lisabonské deklarace mají přímý vztah k léčení a péči o nemocné v závěru života. Jsou jimi právo zemřít v důstojnosti, přijmout nebo odmítnout spirituální a morální útěchu a právo přijmout nebo odmítnout léčbu poté, co byl pacient adekvátním způsobem informován. Etický kodex České lékařské komory říká v oddíle Lékař a výkon povolání § 2 č. 10: „Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.“

V kontextu eutanazie bývá zdůrazňován právě význam principu autonomie. Lékař a pacient jsou dvě autonomní lidské bytosti, které se nacházejí ve vzájemném vztahu. Autonomie nemocného je ovlivněna náročností životní situace. Umírající člověk se zpravidla nachází v nepříznivém psychickém stavu, je depresivní a zranitelný. Má tendenci přijímat pomoc v rozhodování a může nechat za svou osobu rozhodovat lékaře. Lékař uplatňuje v rozhodovacím procesu vlastní hodnoty a vlastní představy o míře snesitelnosti utrpení. Beznadějnost situace nemocného posuzuje ze svého odborného hlediska. Marta Munzarová pokládá otázku, zda by nebylo lépe podřídit princip autonomie v souvislosti

⁵² Slabý, A., Slabý, J., 2000, s. 111.

⁵³ Slabý, A., Slabý, J., 2000, s. 109.

s ukončováním životů hippokratovským principům beneficence a nonmaleficence.⁵⁴ Vzhledem k asymetrii vztahu zůstává úkolem lékaře citlivě podporovat autonomii nemocného. Lékař a nemocný zvažují alternativy společně, přičemž určující je volba nemocného a jeho informovaný souhlas. Eutanazie nebo asistované suicidium nemohou být zdůvodněny přáním pacienta. Vždy zůstává prostor pro mravně správné rozhodnutí k paliativní léčbě a péči. Specifickou oblastí informovaného souhlasu je odmítnutí kauzální léčby. Helena Haškovcová zmiňuje stanovisko Světové zdravotnické organizace. Ačkoliv je odmítnutí terapie svrchovaným projevem vůle pacienta, je nutno respektovat zásady umírněnosti, rovnocennosti a relativity. Podle zásady umírněnosti je léčba prodlužující život kontraindikována, pokud způsobuje nemocnému větší utrpení než prospěch. Podle zásady rovnocennosti je zastavení léčby z morálního hlediska totožné s jejím nezačínáním. V tomto kontextu jsou život a smrt z morálního hlediska relativními hodnotami. Umožnit nástup smrti může být dobrem. Léčba je z důvodu marnosti ukončena, nikdy však nesmíme ukončit péči o nemocného.⁵⁵

Eutanazie bývá lidmi nejčastěji odůvodňována strachem z prodlužovaného umírání, bolesti, osamění, chátřání, beznaděje a smutku. Nemocní se obávají, že budou pro své okolí představovat ekonomickou, psychickou a sociální zátěž. Mají obavy ze ztráty důstojnosti, ztráty kontroly nad sebou samým, degradace pro senilitu a závislost na pomoci druhých. Život pozbude smyslu a bude vnímán jako neúnosný. Zvládnutí bolesti a obtíží a současná psychická, sociální a spirituální podpora jsou přesvědčivým popřením nutnosti eutanazie. Léčba a péče vedou ke zlepšení duševního stavu a změně smýšlení. Nemocní ošetřovaní s citem a porozuměním nežádají ukončení života. Skutečným motivem přání zemřít navíc bývá dovolávání se účinnější léčby bolesti.

Eutanazie se nachází v přímém rozporu se základním posláním lékařského povolání, kterým je prospěch nemocného. S jejím uzákoněním by byla narušena základní jistota nemocného, že mu lékař vždy poskytne odpovídající léčbu k záchraně života. Znamenalo by to nevratné narušení vzájemného vztahu a důvěryhodnosti lékaře. K následujícím vysvětlením jednoho ze základních etických dilemat ve zdravotnictví je nutno vyjít od úmyslu jednajícího jako kritéria posouzení mravnosti činu. Daniel Callahan ve své knize *What Kind of Life* uvádí, že běžná námitka obsahuje dva stupně. Lidé mohou zemřít stejně pro vynechání činností jako na náš přímý zásah. Tato kontroverze ustanovuje základ pro druhou otázku. „Jestliže máme v úmyslu jejich smrt, může být způsobena stejně tak vynecháním činností jako činnostmi, které provedeme. Rozhodující morální otázkou není, jak zemřou, ale náš úmysl způsobit smrt. Můžeme být potom zodpovědní za usmrcení druhých tím, že víme, že zemřou, a přispějeme ke konci tím, že stojíme stranou a necháme je zemřít.“⁵⁶

V oblasti ukončování životů se nacházejí související mravní dilemata. Předmětem diskuse je zejména **rozdíl mezi eutanazií a necháním zemřít**. Podstatou problému se zabývá Daniel Callahan. Platnost rozdílu mezi usmrcením a necháním zemřít vysvětluje z metafyzické, morální a lékařské

⁵⁴ Srov. Munzarová, 2005, s. 42.

⁵⁵ Srov. Haškovcová in Vorlíček, Adam a kol., 1998, s. 361.

⁵⁶ Callahan, 1990, s. 232.

perspektivy. Pokusy o popření rozdílu mezi usmrcením a necháním zemřít přisuzuje mylnému přesvědčení, že příroda zcela spadá do oblasti lidské kontroly. Etickou podstatu spatřuje v rozlišení mezi fyzickou kauzalitou a lidskou činností spojenou s morálním proviněním. Nejednoznačnost řešení složitých případů rozhodně nesmazává hranici mezi usmrcením a necháním zemřít. Významnou skupinou nemocných z hlediska náročnosti etického rozhodování jsou pacienti plně závislí na technické podpoře životních funkcí.⁵⁷ „Na úrovni fyzické příčinnosti, usmrtili jsme pacienta nebo mu dovolili zemřít? V jednom smyslu je naše jednání zkrácením jeho života a v druhém smyslu je to nemoc, která přináší konec jeho života. Věřím, že rozumné je říci následující: protože jeho život byl udržován umělými prostředky (dýchací přístroj nebo intubace), a to bylo nezbytné kvůli zneschopňující nemoci, jeho nemoc je skutečnou příčinou jeho smrti. Ale pro tuto skutečnost bychom neměli ukončovat umělé uspokojování výživových potřeb, to je prvořadá a nejvíce sporná otázka ze všech.“⁵⁸

Protichůdné odpovědi má v daných souvislostech otázka na **rozdíl mezi eutanazií a uspíšením smrti**, které je předvídatelné vzhledem k podávání vysokých dávek léků. K mírnění bolesti a dalších symptomů v terminálním stádiu života nemocných se zpravidla aplikují opioidy v postupně se zvyšujících dávkách. Jedním z jejich vedlejších účinků je útlum centra dýchání. Jedná se o princip dvojího efektu, přičemž úmyslem jednajícího lékaře je pomoci nemocnému v jeho utrpení. Sekundárním efektem, nikoliv cílem podání léků, může být zkrácení života umírajícího nemocného. Závažnost důvodu k uplatnění postupu mírnění utrpení ospravedlňuje toleranci špatného účinku. „Níc méně jestliže je pro lékaře možné zneužití jejich znalostí a moci k přímému usmrcení lidí, jsou proto povinni použít tytéž znalosti k zachování lidí naživu a vzdorování nemoci tak, že mohou usmrtit samotného pacienta? Tradiční odpověď byla bezpodmínečně ne.“⁵⁹

Vyvstává rovněž otázka, vyváží-li snaha prodloužit život, pokud musí být využity všechny dostupné prostředky, míru utrpení nemocného. V souvislosti s ukončováním životů je tedy nutno zohlednit **problém přiměřených a nepřiměřených prostředků**. Kritériem posouzení prostředku jako mimořádného je rozhodnutí nemocného. Řádnost prostředku byla v tradičním pojetí určena několika kritérii. Léčba musí být nadějná vzhledem ke kvalitativnímu zlepšení a trvání změn stavu k lepšímu. Řádný prostředek musí být běžný, je tedy standardní součástí péče. Nesmí pro nemocného představovat přílišnou zátěž. Při posuzování užitečnosti léčby je důležité respektovat vlastní představy nemocného o kvalitě života.

Ani otázka **marnosti léčby** není jednoznačně zodpověditelná a existují zde různé úhly pohledu. Pojem zbytečnost je možné charakterizovat jako neopodstatněnost intervence z několika hledisek. Léčba může být nepodána nebo vysazena, pokud je vyhodnocena jako marná nebo nadměrně zatěžující ve srovnání s předpokládaným dobrem pro nemocného. Zbytečná léčba je taková, která

⁵⁷ Srov. Callahan, 1990, s. 232 – 233.

⁵⁸ Callahan, 1990, s. 234.

⁵⁹ Callahan, 1990, s. 236.

nevykazuje patofyziologický účinek, selhala její intenzivní aplikace i stejný postup v minulosti, léčba nevede k cíli. Z hlediska náročnosti etického rozhodování jsou vysoce exponované případy pacientů, u nichž vlivem nemoci došlo k selhání základních životních funkcí. „Osoba, která odpojí dýchací přístroj, nebo provede extubaci, bude morálně vinna, jestliže není dobrý důvod to udělat. Že pacient byl ponechán zemřít kvůli jeho onemocnění, není omluvou člověka, který vynechal tyto činnosti. Morální otázka je, zdali jsme povinni pokračovat v léčení, pokud je život uměle udržován a bude závislý na okolnostech takového života. Ukončení léčby je nebo není morálně přijatelné – ale mělo by být v každém případě pochopeno, že konečnou příčinou smrti je základní onemocnění, kterému nyní není možno dále odolávat.“⁶⁰

V přímém vztahu k dilematu eutanazie je otázka zda a ve které fázi lze u smrtelně nemocných a umírajících **ukončit nebo nezačít specifickou léčbu**. Diskuse na téma marnosti a kritérií nenasazení nebo vysazení život udržující léčby jsou nejnaléhavější v oblasti podávání výživy a tekutin. Vychází se z předpokladu, že udržení života je naším nejzákladnějším vyjádřením úcty k osobě, o jejíž život se jedná. Úcta k důstojnosti osob vyžaduje, aby nebyly nedostatečně ani nadměrně léčeny, avšak aby měly přístup k jakékoliv péči, která odpovídá jejich stavu. Z toho vyplývá, že výživa a tekutiny by měly být nemocným v bezvědomí podávány trvale do doby, dokud není jasně zhodnoceno, že toto podávání je z lékařského hlediska zbytečné nebo nadměrně zatěžující pro nemocného. Podávání výživy a tekutin by bylo marné, pokud by jejich aplikace ani nepřinášela úlevu a ani nezabraňovala bezprostředně nastupující smrti a/nebo pokud by již výživa a tekutiny nemohly být lidským tělem asimilovány. Nejvíce diskutovány jsou otázky vymezení pojmu marnosti v případě nemocných v perzistentním bezvědomí. U těchto nemocných je doporučováno při klinických rozhodnutích považovat podávání výživy a tekutin za úkony, které musejí být poskytnuty vždy. Specifický význam má v této souvislosti podávání tekutin, protože smrt nastane v krátkém časovém odstupu od ukončení hydratace. Před rozhodnutím pro vysazení musí být jednoznačně diagnostikována ireverzibilita stavu. Pokračování v podávání výživy a tekutin je významným vyjádřením solidarity s nemocným. Poskytování stravy a vody vyjadřuje lásku, péči a podporu. Jejich odstranění může příslušníky rodiny vést k opodstatněnému úsudku, že nemocný byl zdravotníky opuštěn, aby zemřel.⁶¹

Stavy pacientů, kteří se nacházejí v dlouhodobém bezvědomí, vyžadují trvalou léčbu a péči udržující život. Základní péče vyžaduje mimo jiné právě postupy podávání tekutin a výživy. Argument pro neukončování asistované výživy a hydratace je založen na skutečnosti, že ukončení této formy péče je druhem eutanazie, protože vede k urychlení smrti nemocného. I kdyby bylo možno se domnívat, že tato ošetrovatelsky náročná péče není nutná, mohlo by docházet k vyhladovění bezbranných nemocných. Argumentace pro vysazení výživy a podávání tekutin je založena na přesvědčení, že se nejedná o péči, ale léčbu. Odtud se dochází k názoru, že pokud zbytečná léčba má být ukončena, rozhodnutí pro zastavení hydratace a výživy je mravně správné. V případech, ve kterých

⁶⁰ Callahan, 1990, s. 235.

⁶¹ Srov. Munzarová, 2005, s. 94-99.

je stav lékařem vyhodnocen jako nevratný, jedná se o zbytečný postup podávání tekutin a výživy. Z hlediska pacienta, jehož prospěch je cílem zdravotníků, je nutno vzít v úvahu, že každý člověk by se v dané situaci rozhodoval jinak vzhledem k jím uvažované kvalitě života. Nelze proto stanovit všeobecně platné návody pro stavy dlouhodobého bezvědomí.

2.5.5. Paliativní péče

V kontextu terminální fáze nemoci je paliativní péče důležitou protiváhou eutanazie. Definice Světové zdravotnické organizace z roku 2002 zní: „Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s život ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních.“ Paliativní péče je typ péče nespecifický z hlediska prostředí. Může být poskytována v zařízení hospicového typu, v nemocničním zařízení nebo v domácím prostředí nemocného. Její celostní charakter je v podstatě shodný s intenzivní, akutní nebo následnou formou péče. V paliativní péči se akcentují zejména oblasti plnění psychosociálních a spirituálních potřeb nemocného.

Slovo paliativní pochází z latinského pallium - maska, přikrývka, zakrytí pláštěm. Etymologicky se zde naznačuje podstata paliativní péče, kterou je přikrytí trpícího, aby nezůstal v chladu v době, kdy už jsou vyčerpány léčebné možnosti. Mohli bychom si představit i zakrývání příznaků nemoci ve smyslu mírnění bolesti a jiných utrpení způsobených nemocí. Paliativní péče je ve své podstatě nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínou. Ještě v nedávné minulosti nebylo zpravidla možné léčit příčiny závažných onemocnění, ale pouze zmírňovat jejich příznaky. Také dnes u této velké skupiny nemocí převažuje paliativní nad kurativní péčí. Principy paliativní péče jsou aplikovány novým lékařským oborem paliativní medicína. Pojem paliativní poprvé použil londýnský lékař Snow v roce 1900 v dnešní Royal Marsden, nejstarší nemocnici pro onkologickou léčbu a výzkum. Slovo se původně používalo k označení paliativní radioterapie. Cecily Saundersová upozorňuje, že pojmy paliativní péče a hospic nejsou zaměnitelné, avšak uvádí je do přímé souvislosti. Paliativní péče sílí s hospicovým hnutím.⁶²

Původní řecký název xenodochium - pohostinství, naznačuje společný historický původ nemocnic a hospiců ve 4. století před Kristem, v prostředí starověkého Říma. První hospic založila Fabiola, římská měšťanka, která otevřela svůj dům pro ubohé, pocestné a nemocné. V té době pojem hospis označoval hostitele a také hosta. Hospitium bylo místem, kde se poskytovalo pohostinství. Hospitia měla podobu útulků nebo přístřešků při cestách. Pocestní v nich nalézali odpočinek, těhotné ženy mohly porodit a zotavit se po porodu, nemocní se uzdravili a pokračovali v cestě nebo zde zemřeli. Ve středověku se pojmem hospic označovaly domy odpočinku pro pocestné směřující do Palestiny. Hospice postupem času zanikly a jejich idea byla oživena v polovině osmnáctého století.

⁶² Srov. Saunders, 1999, s. 76.

Jeane Garnierová založila nemocnici pro umírající v roce 1842 ve francouzském Lyonu. Poprvé použila k označení péče o umírající pojem hospice. Další hospice byly zakládány v devatenáctém a dvacátém století katolickými řády v některých dalších zemích Evropy a ve Spojených státech amerických. V Anglii byla pojmem hospice původně označena péče irských charitních sester v St. Joseph's Hospice v Londýně roku 1905. Mary Aikdenheadová založila hospice před tím také v Dublinu v roce 1879.⁶³ Domovy, v nichž byla poskytována péče umírajícím, zakládaly příslušnice ošetrovatelského povolání. Pouze St. Luke's Hospice otevřel v Londýně roku 1893 doktor Howard Barret. Péče poskytovaná v tomto domově se svými principy podobala dnešním hospicům.⁶⁴

Moderní hospicové hnutí je neodmyslitelně spojeno se jménem jeho nejvýznamnější představitelky Cecily Saundersové. Narodila se v roce 1918. Původním povoláním byla zdravotní sestra a později se stala také lékařkou. Důležitou součástí její životní zkušenosti, která měla všeobecný význam z hlediska vývoje paliativní péče, byla činnost sociálního pracovníka v St. Joseph's Hospice. Pacientem, který ji zde rozhodujícím způsobem ovlivnil, byl polský Žid, který zemřel ve věku čtyřiceti let. V posledních měsících jeho života trávil mnoho času tím, že mu naslouchala a rozmlouvala s ním. Po Davidově smrti v únoru 1948 byla Cecily Saundersová přesvědčena, že vykonal cestu zpět k víře svého otce a vlastní klidné důstojnosti ve svobodě ducha. Jeho prostřednictvím dospěla k nesmírně cennému poznání, co od nás umírající nemocní žádají. Uvědomila si psychologické a spirituální potřeby umírajících, kteří byli často izolováni a osamoceni. „Tudíž upřímnost, péče, jež vychází ze srdce a svobody ducha, jsou, myslím, základem paliativní péče.“⁶⁵

Při výkonu svého povolání v nemocnici byla svědkem pravidelného podávání morfinu a významného podílu sester na této praxi zavedené v roce 1935. V průběhu poskytování péče umírajícím poznala, že trvalá bolest potřebuje stálou kontrolu. Začala se zajímat o možnosti léčby bolesti, zejména bolesti nemocných se zhoubnými nádory. Z tohoto důvodu a na doporučení lékaře, s kterým spolupracovala, začala studovat medicínu. V roce 1958 studium dokončila. Jako lékařka dosahovala při léčbě svých pacientů významných úspěchů. S využitím výsledků vzdělání a zkušeností zdravotní sestry, sociální pracovníce a lékařky v roce 1967 otevřela St. Christopher's Hospice v Londýně. Základy, na kterých byl hospic vybudován, tvořily intenzivně shromažďované výsledky vědeckých výzkumů v oblasti bolesti a terminálních stádií nemoci. Odborný lékařský a ošetrovatelský tým hospice se zabýval potřebami v situaci totální bolesti v terminálním období života pacientů se zhoubným nádorem. Cecily Saundersová aktivně spolupracovala se zdravotníky mnoha zemí světa na vybudování sítě hospiců a domácí hospicové péče. Svůj postoj k eutanazii vyjádřila jednoznačně v tom smyslu, že paliativní péče nikdy nemá zahrnovat asistenci při sebevraždě nebo dobrovolnou

⁶³ Srov. Miličević, 2002, s. 30.

⁶⁴ Srov. Saunders in Miličević, 2002, s. 30.

⁶⁵ Saunders, 1999, s. 75.

eutanazii. „Ulevujeme od utrpení, a jestliže to občas náhodně znamená změnu času smrti, potom to není příčinou smrti v žádném rozumném způsobu užití tohoto slova.“⁶⁶

Výzkumem v oblasti psychické reaktivity na utrpení se zabývala významná osobnost paliativní péče Elizabeth Kúbler Rossová. Narodila se roku 1926 ve Švýcarsku. Jako lékařka v oboru psychiatrie působila ve Spojených státech amerických. V šedesátých letech dvacátého století pečovala o umírající ve Všeobecné nemocnici v Chicagu. Kniha O smrti a umírání, která vyšla v roce 1969, vyvolala reakce americké i celosvětové veřejnosti. Obě současnice, Cecilie Saundersová a Elizabeth Kúbler Rossová, se ve své práci vzájemně inspirovaly a rozhodujícím způsobem ovlivnily proces vývoje paliativní péče a hospicového hnutí na celém světě.

Světová zdravotnická organizace podporuje paliativní medicínu a vyjadřuje základní postoj k umírání jako normálnímu procesu v lidském životě. Proto paliativní péče smrt neurychluje ani neodsouvá. Vzhledem ke změnám potřeb člověka v terminální fázi nemoci se zaměřuje na úlevu od utrpení a integruje psychologickou a spirituální péči. Podporuje nemocného a příslušníky jeho rodiny do té míry a takovým způsobem, aby aktivity byly zachovány po nejdelší možnou dobu. Pro terminální péči je charakteristický týmový přístup k potřebám nemocných a jejich rodin, ve kterém má důležité místo ošetrovatelská péče.

K paliativní péči se vztahuje specifický proces vzdělávání a zdokonalování lékařů a sester. Vychází ze základního předpokladu, že tento specifický druh péče je právem pacienta, jenž ji potřebuje a současně povinností pomáhajících zdravotníků. Vzdělávací cíle v oblasti paliativní péče jsou formulovány na základě potřeb nemocných a příslušníků jejich rodin, zdravotníků v intenzivním kontaktu s nemocnými a dobrovolníků, kteří se na péči o nemocné podílejí. Všichni zúčastnění mají ve vztahu ke vzdělávání v paliativní péči své specifické potřeby. Alena Mellanová upozorňuje na nutnost rozvíjení znalostí z psychosociální oblasti a oblasti postojů k životu a smrti.⁶⁷ Podává velmi přesná doporučení pro výuku v oblasti paliativní péče.

Hlavním cílem vzdělávacího procesu je zlepšení lékařské a ošetrovatelské péče. Dílčí cíle se nacházejí v oblasti příležitostí ke zlepšení profesionálního chování, z nichž nejproblematictější je interakce zdravotníka a onkologicky nemocného. Základem nezbytným pro výkon povolání jsou znalosti z oblasti kontroly bolesti a dalších symptomů. Pedagogický proces v oblasti paliativní péče však nepředstavuje pouze doplňování odborných znalostí, ale také vytváření specifických sociálních dovedností a zejména pomoc při osobnostním dozrání studentů a frekventantů odborných kurzů. Optimální vzdělávací proces pregraduálního a postgraduálního vzdělávání v paliativní péči obsahuje kognitivní, psychomotorickou a afektivní oblast. Na základě zjištěných nároků na přípravu jsou stanoveny rozsah a struktura jednotlivých oblastí. Učební osnovy se zaměří na medicínsko -

⁶⁶ Saunders, 1999, s. 77.

⁶⁷ Srov. Mellanová in Vorlíček, Adam, a kol., 1998, s. 461.

ošetřovatelské, psychosociální a organizační znalosti, oblast postojů a nových forem profesionálního chování. Specifické kurikulum je základem pro volbu metod výuky.

Nejúčinnější metodou osvojení teoretických znalostí je studium kasuistik, které je založeno na prezentaci autentických případů nemocných, získaných čerpáním ze zdravotnických dokumentací. Skutečnost, že případy mají reálný základ, způsobí u studentů emocionální odezvu a účinnou fixaci informací. K nejvíce náročným formám práce patří rozhovor vzhledem omezené předvídatelnosti jeho vývoje. Účelem rozhovoru je produkce názorů a závisí na míře empatie vyučujícího, do jaké míry bude skupina stimulována k jejich vyjádření. Požadavek efektivního učení komunikačních dovedností splňuje demonstrace. Jejím prostřednictvím lze s využitím audiovizuální techniky předvést různé typy rozhovorů s nemocnými nebo rodinnými příslušníky a ukázat vzory žádoucího chování nebo upozornit na chyby v komunikaci. Instrukce je využívána k nácviku specifických dovedností a bývá doplněna zpětnou vazbou k ověření správnosti osvojení dovedností.

Vysoce efektivními metodami k osvojení vhodných postojů a komunikačních dovedností jsou diskuse a debata. Tyto skupinové metody vedou k řešení problémů nebo problémových situací a vždy se vztahují k předem stanovenému cíli. Na rozdíl od diskuse, která je volným rozhovorem, debata se řídí přesně stanovenými pravidly. Skupina je rozdělena na zastánce a odpůrce daného názoru, kteří jej pomocí připravených argumentů obhajují nebo vyvracejí. Vzhledem k intenzitě emocionálního doprovodu mohou tyto metody vést ke změnám postojů a tedy rovněž profesionálního chování. Hraní rolí umožňuje účastníkům simulovat situace, které se vyskytují v reálných podmínkách poskytování paliativní péče.⁶⁸

Hodnocení výsledků vzdělávacího procesu se vztahuje k cílovým oblastem, kterými jsou teoretické znalosti, změny postojů a osvojení a aplikace nových komunikačních dovedností. Hodnocení znalostní úrovně se zpravidla provádí pomocí standardizovaných písemných testů. Z hlediska objektivit hodnocení náročnou oblastí je sledování postojových změn. Jednou z možností je předložení problémové situace k volnému písemnému zpracování, ve kterém student hodnotí, proč situace nastala, kdo a jak se na ní podílel, zda a jaké má řešení. Vyučující si předem stanoví, na co se v textu zaměří a způsob, jakým bude výpověď hodnotit. Další možností je sledování posunu postojů pomocí asociačního experimentu. Hodnocený bezprostředně písemně reaguje na podnětová slova. Mezi indiferentní slova jsou zařazena ta, u nichž mělo dojít během výuky ke změně vnímání jejich významů. V obou případech metod hodnocení výsledků výuky se zhodnocení změny v postojích a životních hodnotách nejlépe dosáhne srovnáním výpovědí před započatím vyučovacího procesu a po jeho ukončení. Objektívni hodnocení komunikačních schopností je dosažitelné pomocí videozáznamu, který umožní sledovat verbální a neverbální chování podle předem stanovených kritérií.

Důležitou součástí procesu objektivního hodnocení výsledků výuky a zpětnou vazbou o její kvalitě je subjektivní hodnocení účastníků. Vyjádří, do jaké míry byly podle jejich názoru ovlivněny

⁶⁸ Srov. Vorlíček, Z., Adam, Z. a kol., 1998, s. 460- 466.

znalosti, názory, postoje, hodnoty, sebepoznání a komunikační dovednosti. Mohou posoudit připravenost vyučujícího, srozumitelnost a názornost poznatků, využitelnost získaných poznatků a dovedností v praxi.⁶⁹

⁶⁹ Srov. Mellanová in Vorlíček, Adam a kol., 1998, s. 466 - 468.

3. Etika v ošetrovatelství

3.1. Charakteristika etiky v ošetrovatelství

Specifičnost etiky v ošetrovatelství vychází ze skutečnosti, že ošetrovatelství se vedle lékařství jako aplikované vědy vymezilo v mnohem pozdějším historickém období. Současnému stavu předcházela vývoj, na jehož počátku stál vznik ošetrovatelství jako samostatné profese. Respektování obecných i specifických mravních norem bylo vždy součástí dobrého výkonu povolání. Etika obou profesí se odvíjí od všeobecné úrovně mravnosti ve společnosti. Zdravotníci provádějí odborné výkony, rozhodují se a jednají sledování veřejností. Zda je jejich jednání hodnoceno jako dobré, záleží převážně na vnímání péče pacientem. Ve shodě se současnými tendencemi v moderní společnosti jsou určujícími kritérii právo na sebeurčení a zachování důstojnosti člověka.

Profesionálně žádoucí chování a jednání sestry má jednak odbornou součást, kterou vyplňují praktické dovednosti, jednak etickou součástí vyjadřující humánnost výkonu povolání. Při péči o nemocné vznikají a vyvíjejí se vzájemné vztahy mezi lidmi jako účastníky tohoto procesu, zejména vztah mezi pomáhajícím a tím, kdo pomoc přijímá. Jedním z cílů etiky je kultivovat tento vztah. Elementární součástí výkonu povolání je ošetrovatelský výkon. Vše, co sestra při péči o nemocného dělá, má vlastní morální doprovod, etika ovlivňuje chování sestry při realizaci jejích činností. „Lze konstatovat, že morálka v ošetrovatelství je to, co se dotýká dobra a prospěchu, nebo škody a ublížení nemocnému či klientovi, protože všechny ošetrovatelské úkony mají vždy morální dopad.“⁷⁰

Saturaci potřeb nemocného sestra zachovává jím preferované hodnoty a často pomáhá při nacházení smyslu života s nemocí nebo postižením. Etické jednání sestry je determinováno mnoha důležitými faktory. Patří mezi ně její světonázorová orientace, teorie ošetrovatelství a etika v ošetrovatelství, osobní vlastnosti, úroveň mezilidských vztahů a samozřejmě také postavení sestry s vymezenými povinnostmi a odpovědnostmi. Z hlediska širších souvislostí se zde odráží vliv právního systému a zákonných norem, materiální a personální vybavení pracoviště a vědecko-technická úroveň podmínek výkonu povolání. Současná praxe v oboru ošetrovatelství přináší mnoho úkolů. Je nezbytné zabývat se utvářením a kvalitou vztahů mezi sestrou a nemocným a mezi příslušníky ošetrovatelského týmu. Jako reflexe současného důrazu na zohledňování práv pacientů a současně stále složitějších podmínek klinické praxe sílí potřeba formulovat povinnosti sestry a zvýrazňovat její mravní profil. V práci sester vznikají kvalitativně odlišné situace od těch, ve kterých je postaven před rozhodnutí lékař. I ony však bývají nejednoznačné a je třeba označit hodnoty, které mají být prostřednictvím ošetrovatelské péče pěstovány.

⁷⁰ Fišerová, 1995, s. 8.

3.2. Historie povolání ve vztahu k etice v ošetrovatelství

Ošetrovatelská péče o člověka v náročné životní situaci, zejména v situaci nemoci, je oborem lidské činnosti, jehož představitelkami jsou všeobecné sestry. Pojetí ošetrovatelství v historických obdobích procházelo změnami, jeho podstatou však zůstávala pomoc. Protože pomáhání druhému lze interpretovat jako konání dobra, stává se etika elementární součástí výkonu povolání. Lidé, kteří v minulosti ošetrovali raněné a nemocné a kteří o ně pečují dnes, sdílejí hodnoty, z nichž nejvyššími jsou život a zdraví.

Důležitým procesem z hlediska ošetrovatelské etiky je přechod od laického k organizovanému ošetrovatelství. Péče o nemocné ve středověku byla aktem milosrdenství, kterým bylo motivováno rovněž zakládání nemocnic. Na území byzantské říše vznikaly špitály od 4. století, přičemž v nich mohlo být pečováno současně o mnoho nemocných. Vznikaly rovněž církevní instituce, které se zabývaly péčí o nemocné a zakládáním nemocnic. Příslušnice a příslušníci křesťanských řádů nebo rytířských charitativních řádů poskytovali péči, nasycení a útěchu nejen trpícím, ale i pocestným a lidem v nepříznivé životní situaci. Historicky je známa existence asi devatenácti tisíc nemocnic na území západní Evropy ve 13. století. První ošetrovatelský řád křížovníků s červenou hvězdou v Čechách založila Anežka Přemyslovna. Centry péče o nemocné se stalo mnoho klášterů, protože řádoví bratři a sestry vedeni láskou k bližnímu otevírali brány svých obydlí, aby poskytli přístřeší lidem, kteří potřebovali pomoc.

Kláštery měly velký význam pro vzdělanost v léčení a péči o nemocné. Mniši přechovávali, opisovali a studovali lékařské spisy, které vznikly v předcházejících dějinných obdobích. Způsob jejich života, který byl charakteristický vysokou mírou mravní přísnosti a sebeovládání, přinášel ubohým prospěch v podobě obětavé péče. Dohled nad opatrováním držela ve svých rukou církev, a proto světská péče o nemocné měla poměrně malý podíl. Ošetrovali je převážně příslušníci rodin v domácích podmínkách. Společenské změny, které probíhaly v západoevropské společnosti od jedenáctého do třináctého století, přinášely zvyšující se vzdělanost a počet světských osob zabývajících se péčí o nemocné. Cílem církevních snah bylo oddělit kláštery od vnějšího prostředí. Církev zakazovala mnichům provádět léčebné zákroky a naopak kněžím studovat medicínu. Od třináctého století vykonávali některé původně lékařské zákroky, jakými byly incize nebo přikládání baněk, příslušníci zvláštního povolání.

Dalším důležitým trendem, který pokračoval od 14. století, byla stále nižší dosažitelnost lékařského a chirurgického vzdělání pro ženy. Touto skutečností byla dána orientace žen na ošetrování nemocných. Jejich vzdělanostní úroveň a sociální postavení byly velice nízké. Činnost středověkých útočišť pro ubohé lidské bytosti, která měla charitativní charakter, se přiklonila k ošetrování nemocných.

Logickým historickým jevem je skutečnost, že výchově ošetrovatelek věnovali pozornost lékaři. Pokus o systematickou přípravu světského personálu k péči o nemocné učinil v našich zemích

Wáclav Joachim Vrabec na základě svých zkušeností z ošetřovatelského řádu milosrdných bratří. Lékaři pečovali nemocné společně s mnichy v nemocnici Na Františku od roku 1620. Ženské řeholní řády vyučovaly a vychovávaly mladé dívky k ošetřování nemocných od roku 1655. Předchůdkyněmi sester z povolání u nás byly pomocné sestry. Zpravidla se jimi stávaly příslušnice šlechty, které se učily pečovat o nemocné v šestiměsíčních ošetřovatelských kursech.

Civilní péče o nemocné jako výkon povolání existuje přibližně od poloviny 19. století s odchylkami s ohledem na geografické podmínky a stupeň vývoje společnosti. Historickou souvislost lze spatřovat právě mezi počátky poskytování civilní péče nemocným jako výkonem povolání a vznikem etiky v ošetřovatelství.

Obor ošetřovatelství prošel v 19. století obdobím reformního procesu, na jehož počátku se nacházelo hnutí diakonek v severní Evropě. Luteránský duchovní Theodor Fliedner založil roku 1836 tříletou školu pro příslušnice protestantského řádu. Jejimi absolventkami byly ošetřovatelky s pravomocí podávat léky a pečovat o nemocné. Inspirována vzdělávacím zařízením v Kaiserwerthu založila Elizabeth Fryová v Londýně roku 1840 Ošetřovatelský ústav, který se zabýval přípravou bohatých dam k domácí péči o nemocné. Z tohoto místa a času pochází termín sestra - ošetřovatelka, který přetrval v anglickém jazyce do současnosti.

Ošetřovatelská škola byla otevřena v roce 1913 při Všeobecné nemocnici ve Vídni. Podmínkou zahájení studia na této státní škole bylo složení přijímacích zkoušek. V roce 1915 vykonalo diplomovou zkoušku čtrnáct absolventek. V roce 1917 byla otevřena Státní ošetřovatelská škola v Praze. Pedagogickou činnost zde vykonávaly vzdělané sestry. Podmínkou absolutoria byly tři roky praktické činnosti v ošetřovatelství a jeden rok teoretické přípravy k výkonu povolání.

Významnou osobností českého ošetřovatelství byla Emilie Ruth Tobolářová. Žila v letech 1895 – 1973. Stala se první asistentkou - školní sestrou. V letech 1916-1945 působila jako ředitelka německé ošetřovatelské školy a od roku 1931 rovněž jako ředitelka české ošetřovatelské školy. Pro nejkvalitnější výběr žákyň zavedla systém elévek. Před přijetím ke studiu zájemci dobrovolně pracovali v nemocnici. Do systému elévek patřily diakonky, řádové sestry a byli sem zařazeni také chlapi. Na II. celostátním sjezdu diplomovaných sester v roce 1931 navrhla prodloužit studium v ošetřovatelských školách na tři roky.

Pod dohledem ošetřovatelského oddělení Ministerstva zdravotnictví České republiky byly po roce 1945 budovány nové civilní ošetřovatelské školy. Probíhal proces sjednocování vzdělání a typů ošetřovatelských profesí vzniklých v předválečném období a v průběhu války. Patřily sem sestry s kursem, diplomované sestry, ošetřovatelky dětí, elévky a sestry s praxí bez odborného vzdělání.

3.3. Zakladatelka oboru ošetřovatelství

Historicky první osobností, která ve své odborné publikaci popsala etické aspekty ošetřovatelství, byla Florence Nightingalová. Současně zůstává tato Angličanka fenoménem v dějinách světového ošetřovatelství jako jeho zakladatelka. Narodila se 12. května 1820 a zemřela 13.

srpna 1910. Jako členka zámožné rodiny s tradicí vysoké vzdělanosti měla předpoklady vytvářet si kontakty ve vysokých společenských vrstvách. Byla osobou se silným sociálním cítěním a v mladém věku stále více soustřeďovala svůj zájem na utrpení lidí a jejich ošetřování v nemocnicích. Svým životním způsobem byla vzdálena všeobecným představám viktoriánské Anglie. O nalezení smyslu života v ošetřování nemocných se utvrdila v době tříměsíčního kursu pro ošetřovatelky, který absolvovala v Německu. Vnímala službu nemocným jako duchovní poslání a přistupovala k ní se všemi svými křesťanskými ctnostmi.

Historické souvislosti válečných událostí na Krymském poloostrově a vzniku profesionálního ošetřovatelství se spojily právě v její osobnosti. Vedla skupinu civilních a řádových ošetřovatelek, které v letech 1854-1856 poskytovaly péči raněným v britských vojenských nemocnicích na území Turecka. Naprostou oddaností a vysokým pracovním nasazením osvědčily sestry svou nepostradatelnost. Jejich vstup na bojiště byl historicky rozhodující událostí. Florence Nightingalová využila svých rozsáhlých znalostí při realizaci mnoha organizačních změn, které pozvedly úroveň hygieny a ošetřovatelské péče ve válečných podmínkách.

Pokračovala pak reformátorskými aktivitami v britském zdravotnictví. Prostředkem splnění osobního cíle, kterým bylo ošetřovatelství jako společensky uznávané povolání pro ženy, se stalo založení Ošetřovatelské školy při nemocnici svatého Tomáše v Londýně roku 1860. Studentky navštěvovaly kurs po dobu jednoho roku. Jeho obsahem byla teoretická příprava a praktický výcvik. V následujícím tříletém období vykonávaly ošetřovatelskou praxi samostatně, přičemž se stále nacházely ve fázi profesionální přípravy. Vybaveny nezbytnými zkušenostmi odcházely vykonávat své povolání na jiná pracoviště, jejichž počet byl nedostačující vzhledem k množství obyvatel Velké Británie a sociální situaci většiny z nich. Podstatná část nemocnic byla charitativními ústavů a pocházela z období před rokem 1760. Ošetřovatelky a lékaři se v nich zabývali péčí o chudé a nemocí zesláblé pacienty. Postupně však tyto nemocnice přestaly přijímat velké skupiny lidí, jakými byly nemocné děti, těhotné ženy, nemocní s nakažlivými a chronickými chorobami. Mnoho nemocných proto dostávalo péči v chudinských nemocnicích.

3.3.1. Hlavní dílo Florence Nightingalové

První učebnicí ošetřovatelství se stala *Notes on nursing* vydaná v Londýně roku 1860. Kniha podává velmi zajímavou výpověď o dobových způsobech ošetřování nemocných. Etické principy péče však dosahují svou platností až do současnosti. Od roku 1874 se podle českého překladu Pauliny Králové vzdělávaly budoucí sestry v České ošetřovatelské škole. Florence Nightingalová zde vymezuje ošetřovatelství vedle lékařství jako vlastní odbornou činnost sestry s dobrým empirickým základem a důležitým vlivem na průběh nemoci. Upozorňuje na rozdíl mezi dobrým a špatným ošetřováním. „Nejčastěji rozumíme tímto slovem pouhé podávání léků a obkladů. Mělo by však

znamenati vhodné a rozumné užívání čerstvého vzduchu, světla, tepla, čistoty a požívání přiměřených a vybraných pokrmů, to vše tím způsobem, aby síla nemocného co možno byla šetřena.“⁷¹

Autorka prostřednictvím svých zkušeností promlouvá k adeptkám ošetrovatelského povolání. Čas uplynulý od vzniku díla nic neubral na jejich platnosti, naopak jsou každodenní ošetrovatelskou praxí stále potvrzovány. Florence Nightingalová vychází od osobnosti sestry, za jejíž nejdůležitější vlastnosti označuje důvtip, pečlivost a vytrvalost.⁷² Její hlavní povinností je pozorovat projevy nemocného a přizpůsobovat péči jeho měnícím se potřebám. Aby ošetrovatelka měla a pěstovala důvěru nemocného rovněž svým chováním a jednáním, je žádoucí jistota a rozhodnost její chůze, pohybů a způsobu, jakým se pacienta dotýká. Zbavování nemocného strachu a úzkosti v situacích ohrožení života často závisí na statečném jednání lékaře a sestry. Ve druhé polovině 19. století nepochybně bylo nutno prokazovat v medicíně a ošetrovatelství vysokou dávku odhodlání, odvahy a současně klidné mysli. Odpovědným jednáním s dostatečnou měrou obezřetnosti snižuje sestra riziko pochybení. Nelze jí odmítat vinu za poškození nemocného vlastní nezodpovědností. Poškození samo usvědčuje sestru z neznalosti svého úkolu nebo způsobu, jak správně splnit své povinnosti.⁷³

Mluví-li sestra s nemocným, zachovává pravidla správné komunikace. Zejména dbá na přesnost vyslovených myšlenek. Nevyjadřuje obavy a pochybnosti. „Musíte-li jednati s nemocným o důležité věci, posadte se k němu, nedávejte najevo nepokoj nebo chvat, nýbrž naslouchajte pozorně jeho slovům, a přeje-li si toho, vyslovte mu své mínění;...“⁷⁴ Vzájemné sdělování skutečností při lékařských vizitách a rozmluvách o nemocném musí probíhat takovým způsobem, který nepoškozuje důvěryhodnost pečujících a zájem pacienta. O povinné mlčenlivosti, která je důležitou součástí výkonu povolání, se zde píše: „Na otázky týkající se nemocného nechť odpovídá pouze těm, kdož mají právo tázati se.“⁷⁵ Autorka se vyjadřuje k fenoménu pravdy na nemocničním lůžku. „Prosím snažně všechny přátele, navštěvovatele a ošetrovatelky nemocných, aby nehleděli „těšit“ nemocného líčice mu chorobu co nepatrnou a ujišťující jej, že se zajisté opět musí uzdravit, i kdyby ve mnohých případech tomu tak nebylo.“⁷⁶ V kapitole o útěše je reflektována skutečnost, že lékaři častěji než dříve sdělují pacientovi pravdu, pozorují-li, že takové je jeho přání. Na základě rozsáhlých zkušeností s péčí o umírající je varováno před podporou iracionální naděje u lůžka nevléčitelně nemocného nebo ubírajícího se k smrti. Člověku s reálným vědomím svého stavu tento přístup okolí k vlastní osobě zvyšuje utrpení a únavu v situaci přijetí skutečnosti.⁷⁷

Relativně velký prostor je v knize věnován vytváření pozorovacích schopností budoucích ošetrovatelek. Sestra svým přesným, objektivním a systematickým pozorováním a vytvářením správného úsudku participuje na léčení nemocného. Florence Nightingalová uzavírá kapitolu o

⁷¹ Nightingalová, 1874, s. 10.

⁷² Srov. Nightingalová, 1874, s. 91.

⁷³ Srov. Nightingalová, 1874, s. 58.

⁷⁴ Nightingalová, 1874, s. 68.

⁷⁵ Nightingalová, 1874, s. 171.

⁷⁶ Nightingalová, 1874, s. 134.

⁷⁷ Srov. Nightingalová, 1874, s. 137.

pozorování nemocných přesvědčením, že sestra má chovat úctu ke svému povolání, protože její práce je nanejvýš odpovědná.⁷⁸

3.4. Původní učebnice etiky v ošetrovatelství

Začátek české tradice etiky v ošetrovatelství se nachází v přímé souvislosti s významným počinem, jakým byl překlad knihy o mravnosti v péči o nemocné do českého jazyka. Knihu *Etika ošetrovatelství* napsala v roce 1940 švédská sestra Estrid Rodheová. Významem ojedinělé dílo přeložila výrazná osobnost českého ošetrovatelství Ruth Tobolářová. Předmluvou jej opatřil profesor Arnold Jirásek, který vyučoval první diplomované sestry na I. chirurgické klinice Všeobecné nemocnice v Praze jako školním pracovišti ošetrovatelské školy. Profesor Jirásek je autorem první české učebnice *Ošetřování chirurgicky nemocných*, která byla vydána v období před 2. světovou válkou.

Estrid Rodheová pojednává se zasvěcenou lehkostí o mravnosti v povolání sestry. Její dílo je svědectvím o realitě ošetrovatelské praxe v době druhé světové války. Podle autorky je velmi důležitý altruisticky a s opravdovým zájmem motivovaný výběr povolání. Profesionální péče o nemocné kladé vysoké nároky na osobnost mladé ženy a předpokládá naprostou oddanost své práci. Smysl ošetřování nemocných vnímá Estrid Rodheová v přinášení radosti a naděje trpícím lidem. Touha pomáhat je založena na křesťanské lásce k bližnímu se schopností oběti ve prospěch nemocného, která zůstává pro sestru trvalým zdrojem duševních sil. Život sester té doby byl rozdělen na čas v nemocnici a čas mimo ni. Pouze skutečná nesobeckost dovolila sestrám uchovat si optimismus.

Autorka si klade otázky, z čeho se skládá vztah sestry k práci a jaké jsou požadavky na její vlastnosti. Nesobeckost předpokládá soustředění na práci a odsunutí soukromých povinností. Přesností, pečlivostí a spolehlivostí sestra odstraní nebezpečí poškození pacienta. Tyto vlastnosti jsou zásadní, protože chyby z nedbalosti jsou doprovázeny větší mravní vinou než pochybení z přepracování nebo nevědomosti. Láska k pravdě a poctivost nedovolí sestře podávat falešné údaje o pozorování nemocného. Zamlčí-li ošetrovatelka opomenutí z obavy o ztrátu důvěry, má tato důvěra nepevné základy. Sestra si tedy musí být vědoma, že přiznání chyby její důvěryhodnost z dlouhodobého hlediska posiluje. Důvěra vytváří prostor pro pocit sounáležitosti, který plní funkci základu dobré spolupráce. Vzhledem k požadavkům na povahu a technickou zručnost je žádoucí vyspělost člověka, vytrvalost, dobré charakterové vlastnosti a životní zkušenosti.

Estrid Rodheová se ve své knize zabývá rovněž vztahem k ústavu, kterým je nemocnice a výchovný – vyučovací ústav. Vzdělávání v oboru bylo realizováno v ošetrovatelských školách při nemocnicích. Důležitý je správný základní postoj adeptky ošetrovatelského povolání a představa o jeho obsahu. „K tomu, abychom se podřídily, je však nezbytně zapotřebí pokory. Zmínka o této nemoderní ctnosti připomíná téměř pokus o vyhrabávání relikvií; a přece pokory nemůžeme zcela

⁷⁸ Srov. Nightingalová, 1874, s. 171.

postrádati a pro mnohé by byla jistě nejkrásnější ozdobou.”⁷⁹ Postavení sestry s sebou nese povinnost mlčenlivosti úzce souvisící s odpovědností. Veřejnost posuzuje nemocnici podle chování jednotlivých zdravotníků a je tedy nutno zacházet s její úctou. Nošení uniformy znamená určitou povinnost, pokud jde o vystupování vůči okolí. Vymezuje se zde rovněž odpovědnost vztahu nemocnice vůči sestřám. Vztah mezi lékařem a sestrou musí být založen na disciplíně. „Vzájemná úcta a vzájemná důvěra jsou zajisté jediným základem, na kterém může býti vybudována dobrá společná práce.”⁸⁰

Estrid Rodheová se zabývá také vztahem k ostatním ošetřovatelkám, hierarchií sester, dodržováním pravidel soužití a kamarádstvím. Důležitý prostor je v knize vytvořen vztahu k nemocným, soucitu a vcítění. Sestra mající soucit vnímá nemocného jako trpící bytost. Soustředění zájmu na diagnózu a výkon, odklon od nemocného a jeho strachu znamená nebezpečí přehlédnutí osobnosti nemocného. Dobrou sestru charakterizují vlastnosti, jakými je mlčenlivost, přizpůsobivost a dobrá vůle. Ve vztahu sestry k nemocnému muži se projevuje takt, sebeúcta a vlastní důstojnost. Ošetřovatelka musí v nemocném vidět v první řadě člověka, pečovat o tělo a duši nemocného a mít na mysli jeho duchovní potřeby. „Jsou nemocní, jimž život duše je uzavřenou knihou. Jejich strach a naděje se pohybují jen v hranicích tělesného a na věčnost vstupují právě tak, jako by vstupovali do kterékoli jiné místnosti.”⁸¹

3.5. Příprava k eticky profesionálnímu jednání všeobecných sester v České republice

Budoucí zdravotníci se v našem státě připravují k výkonu povolání v oboru všeobecná sestra na třech úrovních vzdělávacího systému. Střední zdravotnické školy připravují žáky studijního oboru Zdravotnický asistent. Na vyšších zdravotnických školách se vzdělávají studenti v oboru Diplomovaná všeobecná sestra. Vysokoškolská příprava zdravotnických profesionálů probíhá v bakalářském a navazujícím magisterském studijním programu Ošetřovatelství, studijním oboru Všeobecná sestra. Kmenovým oborem všech uvedených studijních oborů je Ošetřovatelství.

3.5.1. Středoškolské vzdělávání

Zdravotnický asistent je ošetřovatelským studijním oborem s dosaženým středním odborným stupněm vzdělání. Žáci, kteří ukončili povinnou školní docházku, se připravují k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením všeobecné sestry nebo lékaře. Z koncepce vzdělávacího

⁷⁹ Rodheová, 1941, s. 23.

⁸⁰ Rodheová, 1941, s. 31.

⁸¹ Rodheová, 1941, s. 41.

programu vyplývá všeobecnost vzdělání a četné mezipředmětové vztahy teoretických a praktických disciplín.

Profil absolventa z etického pohledu je v průběhu studia utvářen vedením k dodržování morálních zásad ošetrovatelské péče a požadavků na ochranu soukromí. Absolvent je schopen pomáhat a vést pacienty k odpovědnosti za své zdraví. Ve vztahu k sobě samému ovládl dovednosti seberegulace, sebehodnocení a upevňování vlastního zdraví, aby mohl čelit náročným profesionálním a životním situacím. Zdravotnický asistent po ukončení profesní přípravy je kompetentní z hlediska znalosti svých lidských práv a respektování práv i kulturních odlišností ostatních lidí. V průběhu realizace vzdělávacího programu byl veden k pečlivosti a odpovědnosti za kvalitu své práce, k ochotě a trpělivosti při poskytování ošetrovatelské péče a jednání s pacienty.

Obsah výuky je charakteristický z hlediska etického kurikula. Etická výchova je významnou součástí všeobecné přípravy v oboru zdravotnický asistent. Společenskovědní vzdělávání se prostřednictvím několika vyučovacích předmětů vztahuje k etice jako svému opěrnému bodu. Je charakteristické výraznou formativností, protože ovlivňuje vztah žáků k hodnotám a plní průpravnou funkci směrem k odbornému vzdělávání například v oblasti práva, etiky a filozofie, multikulturní výchovy a multikulturního ošetrovatelství. Etické učivo je zahrnuto zejména v předmětu občanská nauka a doplňuje se v některých obecně odborných předmětech. Estetické vzdělávání přispívá především ke kultivaci osobnosti žáků v oblasti estetické, etické, emocionální a sociální. Realizuje se především prostřednictvím literárního vzdělávání v předmětu český jazyk a literatura a ve výuce dějepisu. Má své místo v odborném vzdělávání, zejména v předmětech ošetrovatelství a ošetrování nemocných. Pozitivní vztah k vlastnímu zdraví a rozvíjení volných vlastností žáků jsou pěstovány v oblasti péče o vlastní zdraví a rozvoje tělesné kultury hlavně prostřednictvím odborného předmětu výchova ke zdraví.

Odborné vzdělávání je ve svém teoreticko-praktickém rámci rozděleno na dvě části. Vědomosti a dovednosti se vztahem k etice ošetrovatelské péče a právům pacientů tvoří součást obecně odborného učiva. Žák nabývá potřebných profesionálních kompetencí pro vztah k pacientům a ostatním pracovníkům i kompetencí významných z hlediska pracovního výkonu. Specificky odborné učivo žákům přináší teorii a praxi péče o zdraví a ošetrování jednotlivých kategorií nemocných. Ošetrovatelské dovednosti žáci získávají formami cvičení ve škole, praktického vyučování a odborné praxe. Ve 3. a 4. ročníku absolvují souvislou odbornou praxi v úhrnném rozsahu 4 - 6 týdnů. V kompetenci školy je bloková organizace předmětů nebo tematických celků za účelem zvýšení intenzity výuky a zkvalitnění jejích výsledků.

Klíčové kompetence jsou souborem schopností, znalostí a s nimi souvisejících, obecně přenositelných a uplatnitelných postojů a hodnot. Pronikají celým odborným i všeobecným vzděláváním, na jejich vytváření se podílejí různou mírou všechny vyučovací předměty. Z hlediska významu pro studijní obor a uplatnění absolventů jsou důležité například kompetence komunikativní, personální a sociální a kompetence řešit běžné pracovní i mimopracovní problémy.

Z hlediska etického kurikula mají některé vyučovací předměty zvláštní význam. Obecným cílem předmětu **občanská nauka** s týdenní dotací 1 vyučovací hodiny je pozitivní ovlivnění hodnotové orientace žáků od 1. do 4. ročníku. Jsou vedeni k uvážlivému a odpovědnému jednání ve vztahu k sobě i ostatním příslušníkům společnosti. Účelem předmětu je vychovat absolventa kompetentního k formulování vlastního, argumenty podloženého názoru na etické otázky. Žák je veden k tomu, aby jako absolvent uměl diskutovat na obecně lidská, prakticky filozofická a etická témata na své vzdělanostní a poznatkové úrovni s vědomím, že diskuse o složitých a nejednoznačných problémech nevede vždy k jednomu nejlepšímu řešení nebo názoru. Vyučovací předmět si klade afektivní vzdělávací cíle v podobě citů, postojů, preferencí a hodnot vypěstovaných u žáků. Učí se, že nejvyššími hodnotami jsou život a zdraví, kterých je nutno si vážit a chránit je. V pedagogickém procesu získávají žáci schopnost orientovat se v problémech praktického života. Učitel volí metody a formy na základě vlastního pojetí výuky, vzdělávacích potřeb a schopností žáků, jejich věku a životních zkušeností. Doporučovány jsou aktivizující metody a projektové vyučování v součinnosti s jinými všeobecně vzdělávacími předměty a odbornou složkou vzdělávání. Vedle afektivních očekávaných výsledků si vzdělávání v rámci předmětu občanská nauka klade kognitivní cíle.

Obsah učiva v tematickém okruhu **Člověk a lidské společenství** z hlediska etiky tvoří látka rozvíjející občanské kompetence a pravidla slušného chování. Důležitou mezipředmětovou vazbou je učivo k multikulturnímu ošetřovatelství, kde se žáci učí například specifice a zvládání péče o pacienty z jiných etnik a kultur. Tematický okruh **Člověk jako občan v demokratickém státě** zahrnuje lidská práva a práva dětí, jejich obhajování a příklady zneužívání. Ve výsledku žák umí vysvětlit, jaká práva a povinnosti vyplývají ze skutečnosti, že je občanem moderního státu. Učivem tematického okruhu **Člověk a právo** je problematika práva a spravedlnosti a ochrany osobních údajů. Výsledkem vzdělávání v kognitivní oblasti je dovednost chránit své osobní údaje a údaje o pacientech a schopnost vysvětlit právní pojmy a vztahy. Těžiště etické výchovy leží v tematickém okruhu **Filozofické a etické otázky v životě člověka**. Etika, její základní pojmy a předmět tvoří součást učiva tohoto okruhu. Žáci se seznamují s mravními hodnotami a normami. Učí se o svobodě vůle, mravním rozhodování, povinnostech, spravedlnosti a odpovědnosti. Po zvládnutí učiva umí žák v diskusi o filozofických otázkách využívat získaný pojmový aparát. Výslednou poznávací schopností je práce s obsahově a formálně přiměřeným filozofickým textem. Žáci napíší esej o zdravotnickém a současně etickém problému.

Výrazný výchovný účinek má vyučovací předmět **veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví** s časovou dotací 1, 5 hodiny týdně. Žáci 2. ročníků se v něm učí vnímat zdraví jako nejvyšší hodnotu a získávají schopnost vytvářet odpovědný postoj svých pacientů k vlastnímu zdraví. Vzhledem k povaze předmětu, ve kterém je vhodné aplikovat příklady z praxe a osobní zkušenosti žáků, se výhodně využívají projektové vyučování, diskuse, řešení modelových situací a samostatná práce žáků. Přímý vztah k etice péče o nemocné má tematický celek **Právní úprava zdravotní péče**. Obsahem učiva jsou základní právní a mravní normy zajišťující ochranu občanů ve zdravotní péči. Výsledkem

vzdělávání je například schopnost pojmenovat základní práva pacientů. Okruh **Výchova ke zdraví** tematizuje metody a prostředky směřující člověka ke zdraví. Výsledně žák projevuje porozumění pojmu odpovědnost za vlastní zdraví.

Vyučovací předmět **psychologie a komunikace** je jedním ze základních odborných předmětů, který ve spojení například s ošetrovatelstvím a ošetřováním nemocných formuje vztah žáka ke svému budoucímu povolání a vztah k nemocným jako profesní kompetence. Žáci jsou psychologii a komunikaci vyučováni ve 2. a 3. ročníku dvě hodiny v týdnu, v posledním ročníku studia 1 týdenní hodinu. Předmět se podílí na vytváření komunikativních a sociálních způsobilostí. Výuka si dává za cíl schopnost navazovat vztahy a chápat potřeby pacienta. Pojetí předmětu je teoreticko-praktické s uplatněním aktivizačních vyučovacích metod. Cílem cvičení je vybudovat schopnost komunikovat s účastníky procesu péče o nemocné. Od praktické dovednosti řešit modelové a problémové situace se odvíjí rovněž hodnocení žáků pedagogem. Tematický okruh **Umění komunikace a jednání s lidmi** obsahuje například učivo o navazování kontaktu, vytváření partnerské a skupinové citlivosti, umění naslouchat druhému, vedení rozhovoru, zaujímání postojů a řešení situací se specifickými skupinami nemocných. Tematický okruh **Psychologie nemocných** uchopuje nemoc jako náročnou životní situaci. Zabývá se vlivem nemoci na lidskou psychiku, prožíváním a jeho projevy v chování nemocného, adaptací na nemoc, přístupy zdravotníka k různým skupinám nemocných a zdravotně postižených. Součástí učiva jsou ošetrovatelsky významné jevy jako bolest, strach, úzkost, umírání a smrt.

Ošetrovatelství vede žáky k nabývání teoretických poznatků a praktických dovedností nezbytných z hlediska pečování o nemocné. Časová dotace činí v 1. ročníku 3 týdenní hodiny, v následujících dvou ročnících po 6 hodinách a ve 4. ročníku 4 hodiny ve vyučovacím týdnu. Základ výuky tvoří teorie ošetrovatelského procesu jako předpokladu poskytování celostní a individualizované péče. Vedle postupů a zásad ošetřování nemocných se žák naučí dodržovat práva pacientů, přijímat osobní odpovědnost za poskytování péče, pracovat v interakci s ostatními členy zdravotnického týmu. Vyučování je pojato skupinově, přičemž výklad učitele střídají cvičení s účelem připravit žáky pro vstup do praxe v reálném nemocničním prostředí a kontaktu s pacientem. V tematickém okruhu **Vývoj ošetrovatelství a vzdělávání zdravotnických pracovníků** se žák seznámí s etickým kodexem zdravotnických profesí. Práva pacientů jsou jednou ze součástí obsahu tematického okruhu **Organizace práce zdravotnického týmu, ošetrovatelský proces**. V okruzích Pacient a nemocniční prostředí, Hygienická péče o děti a dospělé, Ošetřování nemocného s bolestí, Sledování fyziologických funkcí, Vizita a Odběr biologického materiálu se žáci učí správným způsobům jednání s hospitalizovaným pacientem, zejména s respektováním jeho přirozeného studu a sociokulturní specifiky.

Ošetřování nemocných učí odborným dovednostem aplikovaným ve skutečném prostředí zdravotnického zařízení. Vytváří se soulad mezi prováděnými ošetrovatelskými intervencemi a znalostmi a dovednostmi získanými v ostatních teoretických a teoreticko-praktických odborných předmětech. Žáci absolvují ve 3. ročníku 12 týdenních vyučovacích hodin a v závěrečném ročníku 14

hodin v týdnu. V klinických podmínkách interních a chirurgických pracovišť, která jsou doporučena jako základní, žáci pracují ve skupinách pod vedením odborné učitelky. Učí se zde zaujímat empatický postoj k nemocnému, respektovat práva pacientů a zachovávat povinnou mlčenlivost.

Odborná praxe je předmětem integrujícím získané odborné znalosti, dovednosti a pracovní návyky. Má za cíl naučit žáky je používat, organizovat práci a pracovat jako člen týmu. Praxe se realizuje skupinově nebo individuálně na školních pracovištích primární a sekundární péče. V reálných podmínkách zde žák dodržuje etické zásady péče o nemocné. Z hlediska didaktiky praktických předmětů je vyučování zaměřeno na propojování získaných vědomostí s rozvíjenými schopnostmi, novými intelektuálními a senzomotorickými dovednostmi a návyky nezbytnými pro vykonávání ošetrovatelských činností.

Absolvent studia v oboru zdravotnický asistent je způsobilý k poskytování přímé ošetrovatelské péče pod odborným dohledem. Pracuje v bezprostředním kontaktu s pacienty. Nejdůležitějším výsledkem etické přípravy je tedy trpělivá a pečlivá péče prováděná s porozuměním nemocnému. Zdravotnický asistent důsledně respektuje práva pacientů, zejména chrání fyzické soukromí při provádění ošetrovatelských výkonů. V oblasti profesionální komunikace jeho pomoc spočívá například v edukaci nemocného a příslušníků rodiny při nácviku sebeobslužných činností.

3.5.2. Vyšší odborné vzdělávání

Diplomovaná všeobecná sestra je ošetrovatelským oborem s délkou studia tři a půl roku a dosaženým vyšším odborným stupněm vzdělání. Studenti, kteří dosáhli úplného středního vzdělání, se připravují k výkonu povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu a současně k vedení zdravotnického asistenta a dalších zdravotníků pracujících pod odborným dohledem. Absolvent je připraven kvalitou své práce a svými postoji přispívat ke zvyšování společenské a odborné prestiže všeobecné sestry a všeobecného ošetrovatele. Byl vzděláván tak, aby dovedl správně komunikovat s pacientem a jeho sociálním okolím včetně poskytování informací o zdravotním stavu pacienta. Naučil se respektovat jeho lidskou důstojnost a práva. Umí s nemocným jednat empaticky a s ohledem na jeho soukromí. Nese plnou odpovědnost za svá rozhodnutí.

Svou koncepcí vzdělávací program odpovídá požadavkům Evropského hospodářského společenství a Ministerstva zdravotnictví České republiky na odbornou teoretickou a praktickou přípravu všeobecných sester odpovědných za všeobecnou ošetrovatelskou péči. Prostřednictvím obsahových složek poskytuje vědomosti z věd, o které se opírá všeobecné ošetrovatelství. Vyučované sociální disciplíny umožňují pochopit chování zdravých a nemocných osob, vztah mezi zdravotním stavem a prostředím člověka a pomáhají utvářet odborné kompetence a osobnostní kvality studentů. Celým vyučovacím programem prolínají klíčové kompetence jako nový prvek vzdělávacího procesu.

Metodické přístupy zohledňují zvláštnosti vzdělávání dospělých a pomáhají vytváření klíčových kompetencí řešit pracovní a mimopracovní problémy, komunikativních kompetencí, sociálních, interpersonálních a občanských kompetencí.

Modulové pojetí umožňuje různou strukturaci vzdělávací cesty a například možnost spolupráce s vysokými školami v průběhu vzdělávání i uznání získaného vzdělání v následujícím studiu obdobných oborů na vysokých školách. Pro každý povinný vyučovací předmět uvedený v učebním plánu je zpracován jeden nebo několik modulů. Podle obsahu předmětu a charakteru výuky se moduly dělí na poznatkové, činnostní a kombinované.

Etika v ošetrovatelství je poznatkovým modulem v celkovém počtu 20 vyučovacích hodin, zařazených v 10 vyučovacích týdnech zimního období 2. ročníku studia. Studenti se naučí aplikovat etické zásady v ošetrovatelské praxi a interiorizují etické normy jednání. Výuka sleduje cíle naučit se respektovat odůvodněné názory druhých, projevovat vlastní názor, argumentovat a diskutovat o etických jevech v ošetrovatelství. Obsah modulu je rozvržen do čtyř oblastí. V oblasti **Etika – vědní obor** se studenti seznámí s pojmovým aparátem a základy etiky v ošetrovatelství. Oblast **Etické kodexy a normy v práci sestry** obsahuje učivo o základních dokumentech na ochranu lidských práv a svobod, mravních kodexech ošetrovatelských profesí, obecná a specifická práva pacientů. Oblast **Etické a morální aspekty v rozdílných kulturách** učí studenty respektovat hodnoty, tradice a náboženská přesvědčení. Oblast **Aktuální etické problémy v ošetrovatelském povolání** tematizuje například transplantologii, kvalitu života, práva umírajícího a jeho rodiny, eutanazii, asistovanou reprodukci a interrupci. Doporučenými vyučovacími metodami jsou přednášky, které mají zaujmout asi 6 hodin, a dále semináře s dotací 14 hodin, doplněné samostudiem. Ve výsledku student diskutuje o obsahu a uplatňování etických kodexů v praxi, závažných etických jevech zdravotnické praxe, jakými jsou například kvalita života, eutanazie, profesní mlčenlivost a právo na informace. Zaujímá k tématům vlastní postoje a dovede je podkládat argumenty. Způsobem hodnocení dosažení očekávaných výsledků jsou seminární práce a skupinová diskuse. Studenti jsou hodnoceni formou klasifikovaného zápočtu.

Cílem vyučovacího předmětu **multikulturní ošetrovatelství** s dotací 16 hodin v zimním období 3. ročníku je naučit studenty správně komunikovat a jednat s pacienty z jiných kultur. Obsahovou součástí je etika a komunikační etiketa v multikulturním ošetrovatelském přístupu.

Zdravotnická psychologie je jedním ze čtyř modulů předmětu psychologie, který je zařazený od letního období 2. ročníku do ukončení studia. Předmět je teoreticko-praktický s cílem naučit studenty využívat vědomosti ze zdravotnické psychologie v ošetrovatelské praxi. Vstupní předpoklady se vytvoří absolvováním modulů Psychologie osobnosti, Vývojová psychologie, Ošetrovatelství a Komunikace v ošetrovatelství. Klíčovými kompetencemi je například dovednost chápat změny v prožívání a chování druhých lidí, profesionální chování a jednání, komunikace s pacienty a jejich rodinnými příslušníky. Očekávanými výsledky jsou znalost faktorů ovlivňujících psychiku a jednání

nemocného, schopnost reflektovat vlastní prožívání a chování a dovednost aplikovat zvláštnosti přístupu k jednotlivým skupinám pacientů.

Komunikace v ošetrovatelství je modulem s výraznou formativní funkcí ve výuce, který studenti absolvují v 1. ročníku studia. V časové dotaci 56 hodin převažují cvičení, která představují 30 vyučovacích hodin. Komunikace v ošetrovatelství rozvíjí sociálně komunikativní kompetence, kultivuje vyjadřování a chování studentů. Osvojují si žádoucí postoje a způsoby komunikace s pacienty, lékaři a dalšími účastníky procesu péče o nemocné. Důležitými způsobilostmi je vyjadřovat se jasně a srozumitelně, jednat ve prospěch druhých lidí, projevovat empatii, takt a toleranci. Předpokládá se, že absolvent bude znát zásady vedení rozhovoru a používat je v konkrétní situaci, rozumět verbálním a neverbálním projevům pacientů, umět naslouchat, profesionálně vystupovat a kultivovaně se vyjadřovat v situacích praxe. Modelovými situacemi, které se studenti učí řešit, je komunikace s klientem různého věku, zdravotního stavu a na různých úsecích klinické praxe, v zátěžových situacích, komunikace s příslušníky rodiny, komunikace s lékařem a dalšími členy zdravotnického týmu. Učitel může s výhodou využívat rovněž demonstrativní metody, diskusi nebo práci s odbornou literaturou. Mezi způsoby hodnocení dosažených výsledků je řešení modelových situací, praktické výstupy, aktivita a postoje studentů. Profesionální komunikaci na základě poznání sociálních specifík pacientů přibližuje předmět **sociologie**. Modul o délce 26 hodin studenti absolvují ve druhém ročníku.

Eticko-právními aspekty zdravotní péče, které mají vztah k práci všeobecné sestry, se zabývá poznatkový modul **zdravotnické a sociální právo**. Studenti se zde seznámí s právy pacientů a naučí se je aplikovat v praxi. Předmět s dvacetihodinovou dotací je vyučován ve 3. ročníku zejména formou přednášek a seminářů.

Teoreticko-praktický předmět **výchova ke zdraví** se zaměřuje na využití získaných poznatků a uplatňování zásad výchovy ke zdraví v osobním a profesionálním životě zdravotníka. Časová dotace 41 hodin je vyplněna přednáškami, semináři, skupinovou výukou a projektovým vyučováním.

Praktickými zdravotnickými předměty jsou ošetrovatelství, ošetrovatelské postupy, ošetrovatelství v klinických oborech a odborná praxe. **Ošetrovatelské postupy** se vyučují v 1. a 2. ročníku studia. Předmět se zaměřuje zejména na nácvik ošetrovatelských činností spojených s vhodnou motivací studentů a účinnými metodami učení. Klíčovými kompetencemi jsou schopnost komunikovat s pacientem, účastnit se odborné diskuse, získávat informace a pracovat s nimi, jednat v souladu s etickými, právními a společenskými principy, respektovat sociokulturní odlišnosti, kriticky vyhodnocovat dosažené výsledky svého učení a pracovních činností, zvažovat své schopnosti a předpoklady pro určitou činnost. Předmět **ošetrovatelství** je základem studijního programu jako moderní vědní disciplína s vlastní terminologií, klasifikačními systémy, metodologií, modely a hodnotovým systémem. Obsahem modulu je teorie oboru, ve které se studenti seznamují s úkoly ošetrovatelské profese, činnostmi a kompetencemi sestry a filozofií ošetrovatelství. Výuka předmětu je

rozložena do celého průběhu studia a strukturována v souvisejícím předmětu **ošetřovatelství v klinických oborech**.

Doporučenými postupy výuky jsou vedle tradičních zejména alternativní vyučovací metody, například skupinové interview, problémová výuka a cvičení - kasuistiky. Vychází se od ošetřovatelského procesu jako základního metodologického přístupu ošetřovatelství. Studenti získávají dovednosti posoudit a zhodnotit potřeby příjemce ošetřovatelské péče pomocí ošetřovatelské anamnézy a fyzikálního vyšetření. Naučí se vyhodnotit identifikované problémy pacienta a stanovit ošetřovatelskou diagnózu. Získávají schopnosti a dovednosti rozhodující z hlediska komplexní péče o nemocného, kterými jsou plánování vzhledem k ošetřovatelským cílům, realizace intervencí a vyhodnocení účinnosti ošetřovatelských zásahů. Studenti se postupně stávají způsobilými k vedení zdravotnické dokumentace.

Těžiště etické přípravy na vyšším odborném stupni vzdělání je v odpovědnosti ve vztahu k vlastnímu výkonu povolání a ve vztahu ke zdravotníkům pracujících pod odborným dohledem. Absolvent je kompetentní k převzetí odpovědnosti za ošetřovatelskou péči. Nejdůležitějšími výsledky etické přípravy se nacházejí v oblasti profesionálních morálních postojů.

V následujících kapitolách své rigorózní práce budu řešit reálné problémy z oblasti kvality přípravy sester k etickému přístupu k nemocným.

4. Výzkum v oblasti přípravy sester k eticky profesionálnímu jednání

Při volbě tématu své výzkumné práce jsem byla vedena velkým osobním zaujetím. Vykonávám své povolání všeobecné sestry v oboru onkologie, ve kterém se zabývám paliativní a terminální péčí o nemocné. Tato oblast činnosti pomáhajících zdravotníků je z hlediska nároků na mravnost výkonu profese vysoce exponovaná. Výběr tématu rigorózní práce v mém případě logicky vyplývá z dlouhodobého uvažování o tom, jak významný vliv má škola na míru připravenosti k etickému jednání, se kterou vstupují sestry do svého profesionálního života. Zvolila jsem téma **Utváření kompetencí k etickému jednání sester v pregraduální přípravě**.

Výzkum se realizuje v oblasti odborného vzdělávání nelékařských zdravotníků v oboru Ošetrovatelství. Výzkumné pole je vymezeno úlohou školy v mravní kultivaci sester v průběhu přípravy k povolání. Problémovou oblastí empirické části rigorózní práce je relevantnost nároků vzdělávacího systému z hlediska přípravy sester k eticky profesionálnímu jednání.

4. 1. Úvod do metodologie výzkumu

4.1.1. Cíle výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaký je vztah mezi obsahy učiva a vyučovacími metodami odborných předmětů a úspěchem při vytváření profesionálních postojů, způsobů chování a jednání žáků/ studentů.

Obecný cíl výzkumu jsem specifikovala pomocí výzkumných otázek pro obě skupiny účastníků pedagogického procesu. V případě výzkumného vzorku žáků/ studentů jimi byly následující otázky.

- Jaký je vztah mezi sociálními vlastnostmi žáků/ studentů, působením pedagogického procesu prostřednictvím odborných předmětů a jeho výsledky ve formě profesionálních mravních postojů?
- Jaký je vztah mezi změnami v oblasti prožívání a chování žáků/ studentů jako výsledky odborného vzdělávání a jejich připraveností k péči o nemocné v psychosociální oblasti?

Specifické cíle výzkumníka ve vztahu k výzkumnému vzorku odborných pedagogů byly zformulovány do následujících otázek.

- Jaké jsou determinanty úspěchu při vytváření profesionálních mravních postojů?
- Které prvky konstituují soubor výstupních předpokladů absolventů studia v etické oblasti pro praxi poskytování ošetrovatelské péče?

4.1.2. Výzkumný vzorek

Výzkumným vzorkem se stali účastníci vyučovacího procesu probíhajícího na středoškolské úrovni a vyšší odborné úrovni vzdělávání v oboru ošetrovatelství, jimiž jsou pedagogové odborných předmětů, žáci 4. ročníků středních zdravotnických škol, oboru zdravotnický asistent a 4. ročníku zdravotnického lycea a studenti 2. a 3. ročníku vyšší odborné školy zdravotnické, oboru diplomovaná všeobecná sestra. Kritériem výběru byl v případě pedagogů podíl na přípravě žáků z hlediska etického kurikula. Kritérii výběru výzkumného vzorku žáků střední zdravotnické školy byly rozsah osvojeného učiva společenskovedního předmětu občanská nauka a délka absolvované výuky v reálných podmínkách poskytování ošetrovatelské péče. Výběrovým kritériem v případě žáků závěrečného ročníku zdravotnického lycea byla účast na výuce společenskovedního předmětu občanská nauka. V případě studentů vyšší odborné školy jsem provedla výběr na základě jejich účasti nebo absolvování výuky teoretického odborného předmětu etika v ošetrovatelství a účasti na odborné výuce v podmínkách nemocniční praxe. Obou výzkumných fází projektu se účastnilo celkem 205 respondentů, z toho 179 žáků středních škol a studentů vyšší odborné školy a 26 odborných pedagogů.

4.1.3. Obecné metody výzkumu

Při vytváření své koncepce kvantitativní a kvalitativní studie jsem obecnými logickými metodami postupovala směrem od výzkumné oblasti odborného vzdělávání k tématu výzkumu, výzkumným cílům a výzkumným otázkám. Stanovila jsem druhy dat potřebných k jejich zodpovězení a provedla plánování cest získání a zpracování informací. Základem výzkumného zpracování zvolené problematiky byla průřezová metoda sociálního výzkumu formou dotazníku jako postupu sběru dat a zdroje jejich analýzy. Vzhledem k účelům výzkumu, který vyžadoval komplexní pojetí, byly zařazeny dotazy zjišťující kvantitativní a kvalitativní informace. Logika výzkumu vychází ze způsobů, jakými se jeho účastníci mezi sebou odlišují v závislosti na hodnotách proměnných a jak je variabilita mezi účastníky ovlivněna proměnnými.

Bylo nezbytné shromáždit příslušné množství údajů potřebných k řešení konkrétních cílů práce a utřídit je podle jejich charakteristických vlastností. Při plnění tohoto úkolu jsem využila zejména poznatků získaných studiem metodologické literatury, cenných doporučení odborného konzultanta rigorózní práce a vlastních profesionálních zkušeností nabytých v průběhu výkonu zdravotnického povolání. Analytická metoda byla uplatňována v průběhu celého výzkumného projektu. Jednotlivé prvky reality systému vzdělávání v oboru ošetrovatelství bylo nutno hodnotit a kvalifikovat podle jejich vlastností charakteristických z hlediska zkoumaných pedagogických a etických jevů. Tím bylo umožněno postupně oddělovat podstatné části a vlastnosti zkoumaných fenoménů od irelevantních a dospět tak k reálnému zachycení skutečnosti. Syntetická metoda byla rovněž uplatňována v průběhu celého výzkumného procesu. Umožnila pochopení zkoumaných prvků

jako celku a jejich objektivní vyhodnocení. Intenzivní analyticko-syntetický myšlenkový proces propojoval fáze předběžného a hlavního výzkumu. Bylo nutno dílčí poznatky o vlastnostech sledovaných jevů shrnout, vytvořit komplexní představu o stavu v oblasti kvality etické přípravy na středním a vyšším odborném stupni vzdělávání sester a formulovat výsledky provedeného šetření.

4. 2. Pilotní fáze výzkumu

4.2.1. Metoda pilotního výzkumu

Výzkumné šetření v předběžné fázi bylo zaměřeno zejména na verifikaci znění položek dotazníku. Z toho důvodu byla provedena deskripce proměnných a jejich rozložení. Sběr dat v pilotní fázi výzkumu jsem realizovala pomocí souboru 24 otázek pro pedagogy odborných předmětů a dotazníkem o rozsahu 28 otázek pro žáky 4. ročníků střední zdravotnické školy, oboru zdravotnický asistent. Při sestavování souboru otázek jsem vycházela ze své koncepce výzkumu a z učebních dokumentů Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky pro studijní obor Zdravotnický asistent kmenového oboru Ošetrovatelství.

Zajímala mne úroveň pedagogických zkušeností respondentů, a jakými způsoby přistupují k práci z hlediska etického kurikula. Vzhledem ke skutečnosti, že etika v ošetrovatelství není vyučována formou samostatného předmětu, zajímala jsem se o využívání metod etické přípravy v souvisejících teoretických a praktických předmětech. V otevřených otázkách pedagogové uváděli vyučovací metody, metody zjišťování výsledků výuky a nejčastější témata žáky zpracovávané eseje o etickém problému ve zdravotnictví.

Ve výzkumném vzorku žáků jsem zjišťovala údaje o motivaci výběru zdravotnického povolání, mravním vztahu k okolí a vlastní osobě. Zajímalo mne, vnímají-li mezipředmětové vztahy z hlediska etické přípravy, a jak posuzují úroveň své připravenosti při výkonu nemocniční ošetrovatelské praxe. Pokládala jsem otázky, jak žáci hodnotí realitu poskytování lékařské a ošetrovatelské péče a vytvářejí-li vztahy s příslušníky zdravotnických profesí. Problematická z hlediska způsobu hodnocení se ukázala otázka seřazení etických vlastností zdravotníka do pořadí důležitosti podle žáků. Otevřené otázky byly vyhrazeny pro zjištění vlastního způsobu naplnění práva pacienta na soukromí, představ o obsahu etického pojmu důstojnost a zaujatého mravního postoje k eutanazii.

Po skončení pilotního šetření bylo důležité znovu pracovat na formulacích otázek. Provedla jsem zdokonalení dotazníku pro žáky ve smyslu strukturace původně otevřených otázek. Velmi důležitým výsledkem pilotního šetření byly právě odpovědi žáků na otevřené dotazy, které jsem v hlavním výzkumu použila jako varianty uzavřených otázek. Současně jsem se poučila o skutečnosti, že na otevřené otázky žáci odpovídají méně často. Jednalo se o obtížně zodpověditelné dotazy na způsoby naplnění práva nemocného na soukromí v podmínkách nemocniční praxe, obsah mravního

pojmu důstojnost a morální postoj k eutanazii. Vyřadila jsem dotazy, které nepřinesly hodnotná zjištění a uznala jsem je jako irelevantní z hlediska svých výzkumných cílů.

4.2.2. Popis výzkumného šetření

Vypracované soubory otázek byly určeny 14 pedagogům vyučujícím odborné předměty a 44 žákům dvou tříd 4. ročníku studijního oboru zdravotnický asistent Střední zdravotnické školy v Táboře. Zvolila jsem tuto školu pro osobní znalost jejího prostředí. Studovala jsem zde v oboru zdravotní sestra a studium dokončila v roce 1986. Dne 7. 1. 2010 jsem oslovila dopisem se žádostí o spolupráci na výzkumu ředitelku školy. Dne 14. 1. 2010 jsem obdržela odpověď na dopis s kladným rozhodnutím. V úterý 19. 1. 2010 jsem Střední zdravotnickou školu v Táboře navštívila. V jednání s ředitelkou a zástupkyní ředitelky jsem představila svou připravovanou rigorózní práci a zdůvodnila žádost o provedení výzkumného šetření. Ve společném rozhovoru mnou byla učiněna důležitá zjištění o školním vzdělávacím programu, organizačním zajištění etické výchovy žáků a učebnicích, ze kterých je pedagogie při výuce čerpána. Současně byla vedením školy vyslovena podmínka, že předem oznámím obsah dotazníků, které mám v úmyslu předložit.

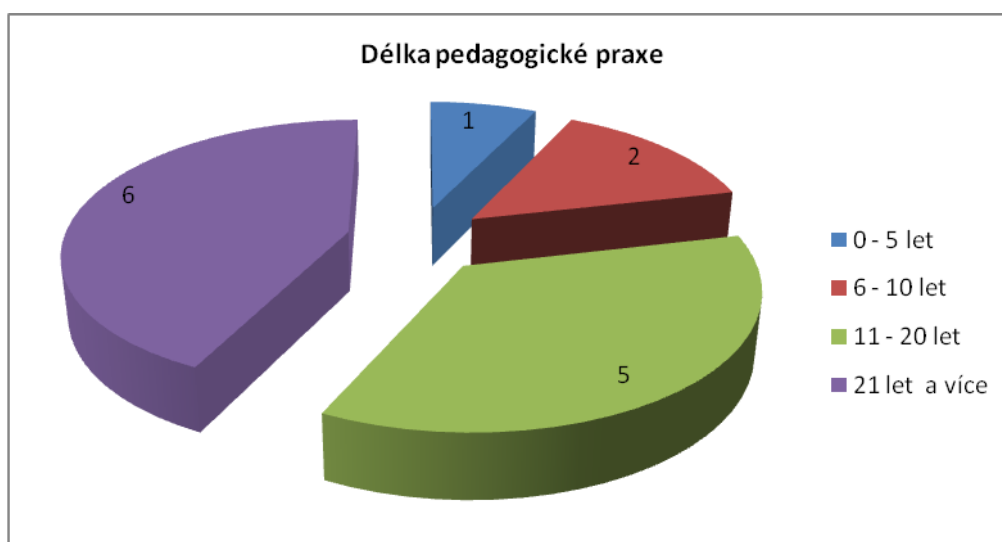
Dne 20. 1. 2010 jsem elektronicky odeslala svou verzi dotazníku pro žáky. Provedla jsem nevýznamné obsahové změny podle doporučení ze strany vedení školy a připravila druhou verzi žákovského dotazníku. Odeslala jsem zásilky s dohodnutými počty dotazníků pro žáky a pedagogy. Práce respondentů s dotazníky proběhla od 1. 2. do 11. 2. 2010, kdy jsem při závěrečném osobním setkání převzala od ředitelky školy všechny kompletně vyplněné formuláře. Od 12. 2. do 26. 2. 2010 byla sebraná data statisticky zpracovávána. Dne 3. 3. 2010 jsem dospěla do fáze, kdy bylo možno přistoupit k vyjádření výsledků výzkumného šetření. Výsledky jsem postupně formulovala, rekapitulovala a prezentovala v diskusi. Závěrem předběžného výzkumu jsou vyjádřena zobecněná zjištění, se kterými vstupuji do fáze hlavního výzkumu.

4.2.3. Charakteristika vzorku pedagogů

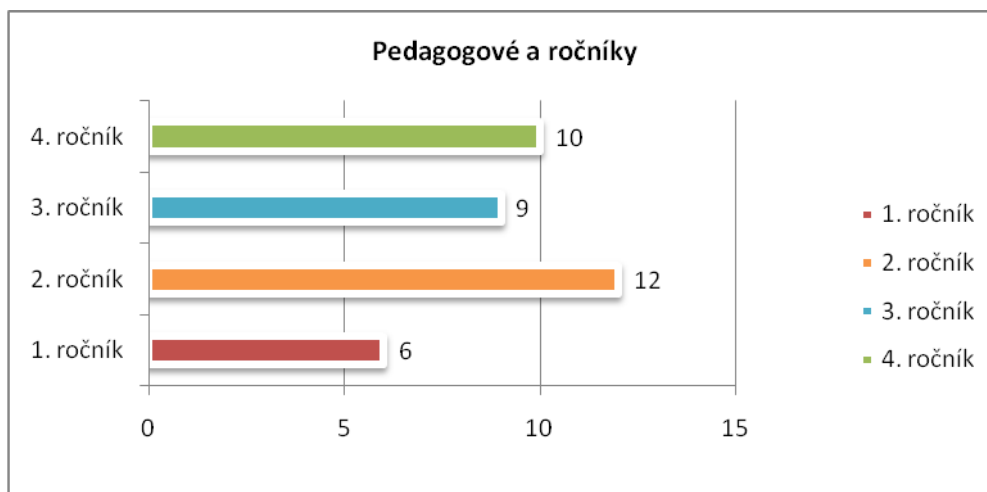
Výzkumný vzorek pedagogů tvoří 14 subjektů s převážně více než dvacetiletou praxí. 21 a více let praxe má 6 členů pedagogického sboru, 11 až 20 let praxe má 5 pedagogů, 2 z celkového počtu učí 6 až 10 let a 1 vyučující získává pedagogické zkušenosti méně než 5 let. Z vlastní zkušenosti vím, že odborné předměty ve škole vyučují ženy, proto jsem otázku na příslušnost k pohlaví nepoložila.

12 pedagogů vyučuje ve 2. ročníku, 10 z celkového počtu ve 4. ročníku, 9 pedagogů učí žáky 3. ročníku a 6 vyučujících působí v 1. ročníku, přičemž většina z nich se účastní na výuce ve více ročnících současně.

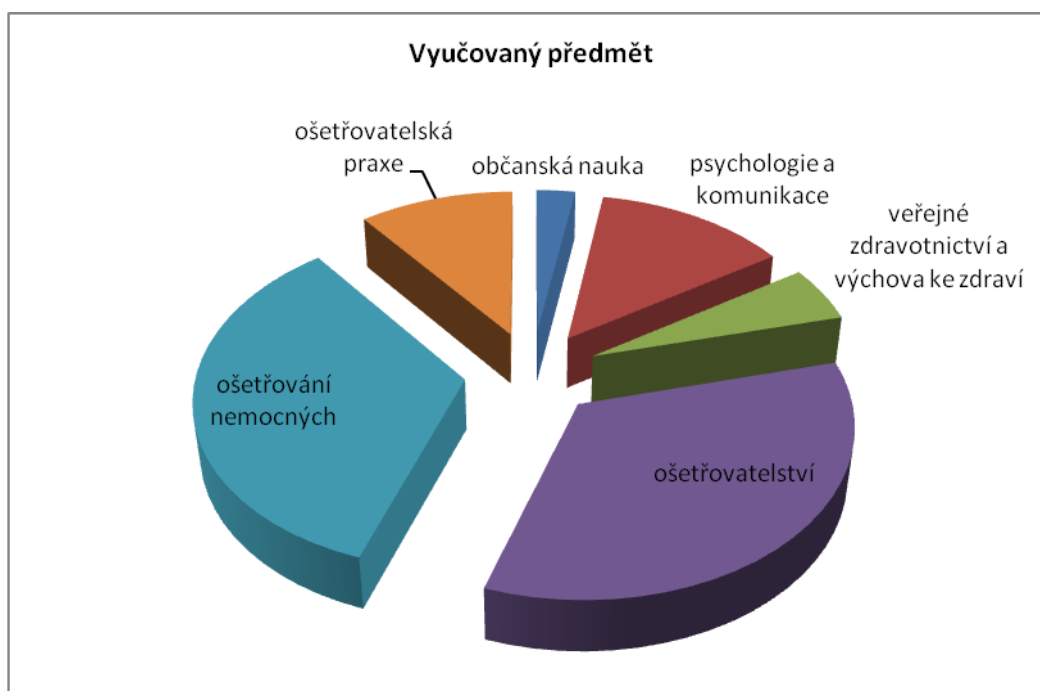
Další charakteristikou souboru je rozdělení členů sboru podle vyučovaných odborných předmětů. Tak 13 pedagogů provádí přípravu žáků v teoreticko-praktickém předmětu ošetrovatelství a praktickém předmětu ošetřování nemocných, 4 pedagogové vyučují v nemocničních podmínkách ošetrovatelskou praxi. Teoretické odborné předměty psychologie a komunikace učí 5 z celkového počtu respondentů, veřejné zdravotnictví a výchovu ke zdraví vyučují 2 pedagogové. Za výuku společenskovedního předmětu občanská nauka zodpovídá ve všech ročnících 1 pedagog.



Graf 1 Délka pedagogické praxe



Graf 2 Příslušnost pedagogů k ročníkům



Graf 3 Předměty vyučované pedagogy

4.2.4. Výzkumné šetření mezi pedagogy

V pilotním šetření jsem se zaměřila na oblast aktualizace poznatků pedagogů ve vztahu k etické profesionální přípravě žáků, oblast společných vzdělávacích cílů pedagogů a žáků, oblast mezipředmětových vztahů, oblast žákovských preferencí, oblast vyučovacích metod z hlediska míry jejich využití a oblíbenosti u žáků, oblast metod zjišťování výsledků výuky etických témat, oblast vytváření mravních postojů žáků a oblast nácviku profesionálních komunikačních dovedností. Důležitou otázkou bylo zjištění názoru pedagogů na potřebnost vyučovacího předmětu etika v ošetřovatelství jako volitelného předmětu v podmínkách střední zdravotnické školy. Dokládám svá zjištění několika vybranými přehledy.

Odpověď	Počet	%
Ano	11	78,56
Ne	2	14,28
Bez odpovědi	1	7,14

Tabulka 4 Školení o metodách a formách etické přípravy

Odpověď	Počet	%
Ano	8	57,14
Ne	3	21,42
Bez odpovědi	3	21,42

Tabulka 5 Zjišťování očekávání žáků ve vztahu k etické výchově

Odpověď	Počet	%
Ano	13	92,84
Ne	0	0
Bez odpovědi	1	7,14

Tabulka 6 Konzultace v pedagogickém sboru o obsazích výuky etickým tématům

Odpověď	Počet	%
Ano	10	71,42
Ne	4	28,56
Bez odpovědi	0	0

Tabulka 7 Vyšší zájem žáků o některou etickou oblast

Odpověď	Počet	%
Ano	12	85,7
Ne	1	7,14
Bez odpovědi	1	7,14

Tabulka 8 Změny pořadí etických témat z klinické praxe podle aktuálních potřeb

Odpověď	Počet	%
Ano	8	57,14
Ne	4	28,56
Bez odpovědi	2	14,28

Tabulka 9 Etická témata v odborných předmětech nad rámec vzdělávacího programu

Odpověď	Počet	%
Ano	7	50
Mlčenlivost	2	14,28
Ochrana osobnosti	2	14,28
Dárcovství orgánů	2	14,28
Podávání informací nemocným	1	7,14
Umírání	1	7,14
Interrupce	1	7,14
Eutanazie	1	7,14
Občas	1	7,14
Podle situace z nemocniční praxe	1	7,14
Bez odpovědi	3	21,42

Tabulka 10 Diskuse pedagoga se žáky na dilematická témata lékařské etiky

Odpověď	Počet	%
Diskuse	14	100
Výklad	12	85,7
Řešení modelových situací	12	85,7
Práce s textem	11	78,56
Skupinové vyučování	9	64,28
Inscenační metody	6	42,84
Projektové vyučování	5	35,7
Brainstorming	5	35,7
Bez odpovědi	0	0

Tabulka 11 Metody výuky etických témat

Odpověď	Počet	%
Diskuse	11	78,56
Řešení modelových situací	11	78,56
Skupinové vyučování	4	28,56
Inscenační metody	4	28,56
Brainstorming	2	14,28
Práce s textem	1	7,14
Výklad	0	0
Projektové vyučování	0	0
Bez odpovědi	0	0

Tabulka 12 Oblíbenost vyučovacích metod u žáků

Odpověď	Počet	%
Ano	7	50
Ne	6	42,84
Bez odpovědi	1	7,14

Tabulka 13 Ověřování znalostí žáků z etické oblasti pomocí znalostních testů

Odpověď	Počet	%
Písemné testy (úvahy)	13	92,84
Ústní zkoušení	8	57,14
Modelové situace	5	35,7
Ústní projev	2	14,28
Seminární práce	1	7,14
Pozorování v praxi	1	7,14
Diskuse	1	7,14
Shrnutí učiva	1	7,14
Otázky	1	7,14
Reakce ve skupině	1	7,14
Bez odpovědi	1	7,14

Tabulka 14 Metody zjišťování výsledků výuky etických témat

Odpověď	Počet	%
Eutanazie	7	50
Interrupce	6	42,84
Nevyléčitelné nemoci	2	14,28
Umírání, smrt	2	14,28
Stáří, bezmocnost	2	14,28
Klonování	1	7,14
Sdělování diagnózy	1	7,14
Multikulturní ošetřovatelství	1	7,14
Domácí násilí	1	7,14
Práva pacientů	1	7,14
Rodina v současném světě	1	7,14
Sdělování pravdy	1	7,14
Bez odpovědi	3	21,42

Tabulka 15 Nejčastěji zpracovávané téma eseje s etickou tematikou

Odpověď	Počet	%
Ano	12	85,7
Ne	1	7,14
Bez odpovědi	1	7,14

Tabulka 16 Zájem pedagoga o mravní postoje žáků k sobě samým

Odpověď	Počet	%
Ano	6	42,84
Ne	3	21,42
Bez odpovědi	5	35,7

Tabulka 17 Výuka komunikačních dovedností blokovým způsobem

Odpověď	Počet	%
Ano	5	35,7
Ne	7	50
Bez odpovědi	2	14,28

Tabulka 18 Názor pedagogů – etika v ošetrovatelství volitelným předmětem

4.2.5. Závěry šetření mezi pedagogy

Považuji za důležité vedle sebe postavit dvě nejzajímavější skutečnosti, které jsem objevila zkoumáním reality vytvářené středoškolskými pedagogy odborných předmětů. Jednak jsem při zjišťování předpokladů pedagogů pro účinné etické vzdělávání a výchovu žáků ke správnému jednání zjistila, že tato způsobilost je podpořena celoživotním vzděláváním vyučujících střední školy, kde etika není samostatným předmětem. Výsledek dotazování je velmi pozitivní.

Polovina z celkového počtu respondentů zastává názor, že není vhodné vyučovat etiku na střední zdravotnické škole jako volitelný předmět. Považuji to za nejvýznamnější zjištění z celého předběžného výzkumu vzhledem ke skutečnosti, že etika je nejdůležitější součástí výkonu pomáhající profese. Zajímavá a současně paradoxní je skutečnost, že všichni pedagogové, kteří na otázku odpověděli, jsou původním povoláním zdravotníci. Z hlediska účinnosti etické přípravy je to velmi významné, protože získali zkušenosti ze situací pomáhání nemocným. Sdílejí etické zásady ošetrovatelské profese, podíleli se na řešení náročných situací rozhodování a účastnili se všeobecné diskuse zdravotníků na dilematická témata.

Z hlediska didaktiky teoretických a praktických zdravotnických předmětů je důležité, že pedagogové seznamují žáky s očekávanými výsledky výuky. Žáci tak studují jednotlivé oblasti pod zorným úhlem vzdělávacích cílů. Vědí, co se mají naučit a čemu mají porozumět. Poznatky a mravní postoje uplatňují v praxi. Tím se pro ně učivo stává smysluplným a vnímají je jako prakticky využitelné.

Považuji za další významný prvek vyučovacího procesu, že pedagogové se ve většině případů zabývají zjišťováním, s jakými očekáváními žáci spojují celek procesu etické přípravy. Předpoklad, že vyučující se orientují v očekáváních žáků s určitými praktickými cíli, potvrzuje zjištění, že přizpůsobují obsah učiva potřebám žáků. Dotazem na žákovské preference ve vztahu k etickým tématům se potvrdil předpoklad, že zvýšený zájem v daném smyslu je žáky vyjadřován. Ještě přesvědčivější zjištění ukazuje, že pedagogové jej akceptují dvěma způsoby. Jednak vytvářejí prostor pro řešení aktuálních problémových situací z ošetrovatelské praxe, jednak zařazují témata nad rámec požadavků školního vzdělávacího programu. Všichni pedagogové diskutují se svými žáky na nejednoznačně řešitelná témata, a přestože výsledek dotazování byl v tomto případě částečně

zhodnocen chybou při formulaci otázky, mohu uzavřít, že diskuse tematizují zejména interrupci, eutanazii, dárcoství orgánů a podávání informací nemocným. Vyučující vytvářejí zjišťováním mravních postojů žáků k sobě samým ve vyučovacích hodinách rovněž prostor pro jejich sebereflexi.

O obsahu, metodách a formách etické přípravy žáků ve škole navíc probíhá všeobecná diskuse mezi pedagogy. V oblasti metodického přístupu, kde byli respondenti vybídnuti k uvedení spektra využívaných metod, převážila diskuse, výklad, řešení modelových situací, práce s textem a skupinové vyučování. Pomocí inscenačního vyučování, projektového vyučování a brainstormingu aktivizuje žáky méně než polovina pedagogů. Pořadí vyučovacích metod podle stupně oblíbenosti u žáků sestavené vyučujícími přibližně koreluje s předcházející stupnicí. Výrazná většina pedagogů uvedla diskusi a řešení modelových situací. K prohloubení studia doporučují žákům další literaturu s etickou tematikou. Vzhledem k tomu, že etikou se v různé míře zabývají 3 teoretické a 1 teoreticko-praktický předmět, čerpají žáci doporučení etické literatury ve všech souvisejících předmětech, čímž se zvýrazňují mezipředmětové vztahy.

V oblasti zjišťování dosažených studijních výsledků jsem dospěla ke zjištění, že pedagogové v polovině případů z celkového počtu respondentů prověřují pochopení etického učiva pomocí znalostních testů. V tomto případě je výsledek rozporuplný, protože když byli respondenti vyzváni k vyjmenování metod zjišťování míry osvojení učiva, téměř všichni uvedli písemné testy nebo úvahy, z čehož je patrné, že pod pojem test zahrnují i úvahu na dané etické téma. Nadpoloviční většina zkouší ústně a přibližně třetina pedagogů využívá k ověření nabytých znalostí a dovedností modelových situací. Nejčastějšími tématy eseje s etickou tematikou je eutanazie a interrupce. Předmětem zjišťování však nebylo, zadávají-li téma pedagogové, anebo je výběr ponechán žákům, což je podstatný rozdíl z hlediska zjištění zájmu žáků.

Závěrem zdůrazňuji, že jednoznačná shoda při nejvyšším nebo téměř nejvyšším možném počtu odpovědí zavládla u čtyř dotazů. V těchto případech se ukázalo, že pedagogové předem seznamují žáky se vzdělávacími cíli, přizpůsobují obsah učiva subjektivním vzdělávacím potřebám žáků a dávají jim možnost zabývat se v hodinách teorie řešením problémů z nemocniční praxe. Rovněž je nyní jasné, že všichni pedagogové pouze s jednou výjimkou vyučují ve svých předmětech obsahům etických kodexů pacientů a zdravotníků. Tím se vytvářejí intenzivní mezipředmětové vztahy a násobí účinek výuky ve společenskovedních, obecně odborných a specificky odborných vyučovacích předmětech.

4.2.6. Charakteristika vzorku žáků

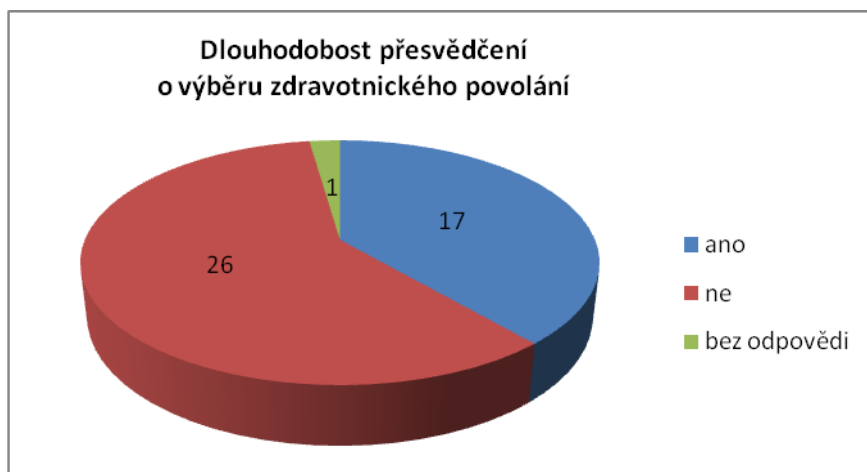
Výzkumný vzorek žáků se skládá ze 41 žen a 3 mužů, kteří se nacházejí v závěrečném ročníku studia střední zdravotnické školy.



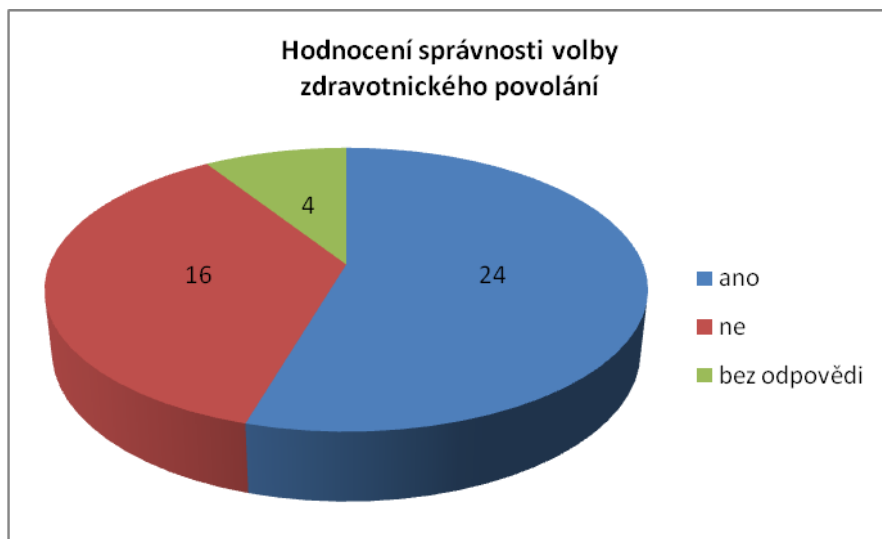
Graf 19 Pohlaví žáků střední zdravotnické školy

4.2.7. Výzkumné šetření mezi žáky

Ve výzkumném vzorku žáků střední zdravotnické školy jsem se zajímala o jejich motivaci vzhledem k volbě zdravotnického povolání, očekávání ve vztahu k etické přípravě, sociální zkušenost s hospitalizací a účastí na péči o umírajícího pacienta. Zjišťovala jsem názory žáků na míru respektování práv pacientů, údaje o vnímání intenzity mezipředmětových vztahů, subjektivní hodnocení jistoty v chování a jednání s nemocnými a vnímání vlastní odpovědnosti ve vztahu k nemocným. Žáci dostali rovněž prostor k vyjádření názorů z oblasti sdělování pravdy, oblasti preferencí mravních vlastností a oblasti zaujímání mravních postojů. V otevřených otázkách jsem vyzvala žáky k vyjádření představ o obsazích mravních pojmů a morálních názorů na eutanazii. Výsledná zjištění dokládám vybranými přehledy.



Graf 20 Dlouhodobost přesvědčení žáků o výběru zdravotnického povolání



Graf 21 Hodnocení správnosti volby zdravotnického povolání

Odpověď	Počet	%
Ano	37	84,08
Ne	6	13,62
Bez odpovědi	1	2,27

Tabulka 22 Názor na soulad etických znalostí a dovedností z různých vyučovaných předmětů

Odpověď	Počet	%
Ano	31	70,43
Ne	8	18,16
Bez odpovědi	5	11,35

Tabulka 23 Očekávání návodů k etickému jednání od výuky

Odpověď	Počet	%
Ano	28	63,62
Ne	16	36,35
Bez odpovědi	0	0

Tabulka 24 Sociální zkušenost hospitalizace

Odpověď	Počet	%
Ano	12	27,27
Ne	27	61,35
Bez odpovědi	5	11,35

Tabulka 25 Názor na míru respektování práva pacienta na fyzické soukromí

Odpověď	Počet	%
Ano	35	79,54
Ne	7	15,89
Bez odpovědi	2	4,54

Tabulka 26 Názor na míru respektování práva pacienta na ochranu osobních údajů

Odpověď	Počet	%
Ano	37	84,08
Ne	5	11,35
Bez odpovědi	2	4,54

Tabulka 27 Snadnost navazování kontaktu žáka s novým pacientem

Odpověď	Počet	%
Ano	36	81,81
Ne	7	15,89
Bez odpovědi	1	2,27

Tabulka 28 Přemýšlení žáků nad srozumitelností jejich sdělení pro pacienta

Odpověď	Počet	%
Ano	33	75
Ne	7	15,89
Bez odpovědi	4	9,08

Tabulka 29 Vlastní pravidla přístupu k nemocnému

Odpověď	Počet	%
Ano	21	47,7
Ne	21	47,7
Bez odpovědi	2	4,54

Tabulka 30 Jistota žáků v chování k nemocným

Odpověď	Počet	%
Ano	20	45,43
Ne	21	47,7
Bez odpovědi	3	6,81

Tabulka 31 Jistota žáků v jednání s pacientem trpícím strachem

Odpověď	Počet	%
Ano	37	84,04
Ne	4	9,08
Bez odpovědi	3	6,81

Tabulka 32 Pocit odpovědnosti žáků za své pacienty

Odpověď	Počet	%
Ano	27	61,35
Ne	11	25
Bez odpovědi	6	13,62

Tabulka 33 Vyžádání souhlasu pacienta s výkonem

Odpověď	Počet	%
Ano	22	50
Ne	18	40,89
Bez odpovědi	4	9,08

Tabulka 34 Účast na péči o umírajícího člověka

Odpověď	Počet	%
Ano	41	93,16
Ne	1	2,27
Bez odpovědi	2	4,54

Tabulka 35 Názor může-li sdělená pravda o závažném zdravotním stavu nemocného poškodit

Odpověď	Počet	%
Ano	7	15,89
Ne	30	68,16
Bez odpovědi	7	15,89

Tabulka 36 Názor může-li být pravda o závažném zdravotním stavu nemocnému zamlčena

Odpověď	Počet	%
Ano	29	65,89
Ne	15	34,08
Bez odpovědi	0	0

Tabulka 37 Konzultace žáků o pacientech se svými pedagogy

Rozdělení odpovědí			Vlastnosti			
			Trpělivost	Náklonnost (spoluúčast, podpora)	Vcítění	Odbornost
Stupnice podle důležitosti	1.	Počet	7	1	16	23
		%	15,89	4,54	36,35	52,27
	2.	Počet	13	15	10	4
		%	29,54	34,08	22,7	9,08
	3.	Počet	11	8	4	5
		%	25	18,16	9,08	11,35
	4.	Počet	6	13	7	5
		%	13,62	29,54	15,89	11,35
	Neodpovědělo	Počet	7	7	7	7
		%	15,89	15,89	15,89	15,89

Tabulka 38 Vlastnosti důležité pro zdravotníka v pořadí podle žáků

Odpověď	Počet	%
„Maximálně.“	1	2,27
„Při péči zajistit pacientovi soukromí (polohováním, odvedením z koupelny, ochranou před okolím například zakrytím těla nebo požádáním návštěvy o počkání na chodbě).“	9	20,43
„Snahou o respektování intimity.“	1	2,27
„Dotazováním pacienta, co mu je a co není příjemné.“	1	2,27
„Ptám se a snažím se vcítit do jeho situace a stavu.“	1	2,27
„Tichou konverzací, aby to neslyšelo okolí.“	1	2,27
Bez odpovědi	30	68,16

Tabulka 39 Způsoby naplnění práva pacienta na soukromí

4.2.8. Závěry šetření mezi žáky

V oblasti motivace k výběru zdravotnického povolání se ukázalo, že ve většině případů byla volba pomáhající profese pravděpodobně spíše nahodilá, než že by k tomuto velmi důležitému momentu žák cílevědomě směřoval. S tím souvisí zjištění, že opět většina žáků o správnosti svého

rozhodnutí dále uvažuje. Je pravděpodobné, že žáci, kteří nebyli výrazně motivováni k výběru povolání před započítím studia, podrobují své rozhodnutí kritickému hodnocení před vstupem do profesionálního života. Z toho vyvozují, že určitý podíl na celkovém počtu respondentů mají ti, kteří nebudou povolání, k němuž se nyní připravují, v budoucnosti vykonávat.

Z hlediska očekávaného posunu mezi vývojovými stupni morálního vývoje je podle mne důležité, že většina žáků využívá obsah etické přípravy ve svém soukromém životě. Co mne velmi zaujalo a má z hlediska procesu vytváření profesionálních postojů vysokou důležitost, je osobní zkušenost většiny žáků s rolí hospitalizovaného pacienta. Podle aktuálního věku respondentů soudím, že byli ve více případech dětskými pacienty a že mají zkušenost s ošetrovatelsky významnými jevy, jakými jsou například ztráta jistoty, úzkost, strach a bolest.

Z hlediska účinnosti vyučovacích metod a forem je uspokojivým zjištěním, že respondenti vnímají vzájemné souvislosti etických znalostí a dovedností získaných ve všeobecně vzdělávacích a odborných předmětech. Z toho vyplývá, že žáci převážně sledují mezipředmětové vztahy a účinky různých oblastí výuky se tak z jejich hlediska vzájemně posilují. Většina žáků od výuky očekává návody pro praktické situace rozhodování a jednání. Nebylo zjišťováno, mají-li jimi být zpravidla účinné návody nebo rady pro řešení náročných situací, anebo návody k běžnému etickému jednání s nemocnými. Někteří žáci si pravděpodobně uvědomují, že v reálných podmínkách poskytování péče existují situace, ve kterých není možné aplikovat jednoznačné návody k jednání. Na otázku, zda jsou případy pacientů předmětem diskusí, žáci ve většině případů odpověděli, že se k nim vracejí společně s pedagogy, což pravděpodobně koreluje s možností řešit situace z praxe v hodinách teoretické výuky, jak ji uvádějí vyučující.

Připravenost k etickému jednání jsem se snažila ozřejmit pomocí dotazů zjišťujících, do jaké míry jsou si žáci jisti ve vztahu k nemocnému, jak si zvnitřnili a dodržují mravní zásady ošetrovatelské profese, podrobují-li vědomé kontrole svůj verbální a neverbální projev v kontaktu s nemocným a mají-li ve vztahu k němu pocit odpovědnosti. V nejvýznamnější fázi z hlediska funkčnosti vztahu pomáhajícího zdravotníka s pacientem většina žáků cítí jistotu. Tím se rozumí, že jsou ze svého hlediska připraveni k navazování kontaktu a provádění vstupních rozhovorů s nemocnými. Významná je však také skupina žáků, kteří necítí jistotu při úvodním setkání s pacientem. Dále hodnotím jako velmi významný výsledek, že žáci se dělí na dvě naprosto stejně velké skupiny v posuzování míry své jistoty v chování k nemocným. Nebylo specifikováno, vzhledem k jakým ošetrovatelským situacím pacientů mají žáci vyjádřit jistotu chování. Mohli tak mít na mysli široké spektrum situací od těch náročných z hlediska volby způsobu jednání s pacientem v závažném zdravotním stavu po způsoby chování ke specifickým skupinám pacientů, jakými jsou například děti nebo staří nemocní, pacienti se smyslovým nebo pohybovým omezením. Za důležité ověření validity zjišťování subjektivní jistoty žáků považuji doplnit šetření dotazováním jejich pedagogů. Interiorizaci mravních norem posuzuji podle toho, že se žáci převážně v přístupu k pacientům řídí vlastními zásadami. Z uvedeného zjištění se dá odvodit, že pěstují mravnost výkonu svého budoucího povolání, což je pro ně a pro jejich

pacienty velmi důležité. Vzhledem k tomu, že žáci jsou v průběhu teoretické a praktické výuky vedeni k odpovědnému provádění péče, je očekávaným výsledkem, že cítí osobní odpovědnost za nemocného.

Další oblast otázek byla zaměřena na pravidla správné komunikace s nemocnými. Reflexe srozumitelnosti vlastního sdělení zdravotníka jako základní předpoklad úspěšné komunikace mezi pomáhajícím a nemocným ilustruje, že většina žáků pravděpodobně získává zpětnou vazbu o tom, zda například pokyn nebo vysvětlení bylo nemocnému jasné. Z hlediska účinnosti pomoci pacientovi zvládnout nepříznivý vliv strachu je významné, že asi polovina dotazovaných žáků vyjadřuje, že neví, jak komunikovat a jednat například s dítětem nebo dospělým, kteří se bojí. Svůj význam zde má, co si žáci konkrétně představují pod pojmem strach, jestli jej spojují s běžnými nebo závažnými situacemi.

V oblasti dotazů se vztahem k právům pacientů jsem učinila některá velmi zajímavá a překvapivá zjištění. Jedním z nich je výsledek vypovídající, že většina žáků hodnotí zohledňování práva pacientů v nemocnici na soukromí jako nedostatečné. Vzhledem ke skutečnosti, že žáci 4. ročníků disponují významnými zkušenostmi s relativně nezávislým pozorováním nemocniční péče, hodnotím výpověď jako relevantní a závažnou z hlediska jejich vnímání práce zdravotníků, která má plnit funkci vzoru. S tím souvisí dotaz na způsoby, jakými žáci sami naplňují právo pacientů na soukromí. Je zajímavé, že odpověděla pouze polovina z celkového počtu respondentů. Ti různě formulovali důležitá opatření k zajištění fyzického soukromí zejména ve smyslu jak chránit nahotu nemocného před pohledy okolí a respektovat jeho stud. Naopak výraznou převahu mají žáci s názorem, že právo pacienta na soukromí z hlediska ochrany citlivých údajů je zohledňováno dostatečně. Patrně to vyplývá z praxe uplatňování zákonné normy na ochranu osobních údajů, nastavení zabezpečovacích mechanismů informačních technologií ve zdravotnickém zařízení a zásad práce se zdravotnickou dokumentací. Fenomén informovaného souhlasu pacienta se v případě nelékařských zdravotníků vztahuje k výkonům ošetrovatelské péče nebo participují na informování pacienta o lékařském výkonu. Čtvrtina žáků, kteří odpověděli záporně, měla pravděpodobně na mysli předpokládaný souhlas nemocného s běžnými výkony ošetrovatelské péče. Sdělování pravdy bylo uchopeno pomocí dvou souvisejících dotazů. Téměř ve všech případech jsou žáci přesvědčeni o tom, že sdělením pravdy o závažném zdravotním stavu může být nemocný poškozen. Ačkoli to z formulace otázky nevyplývá, pravděpodobně mají žáci na mysli informaci lékařem, protože daný druh sdělení nelékaři nepřísluší. Bylo by zajímavé zjistit, jedná-li se jim rovněž o rozlišování mezi způsoby sdělení. Současně větší skupina žáků zná a zohledňuje právo nemocného být pravdivě informován.

V oblasti dotazování na mravní vlastnosti zdravotníka přikládali žáci jednotlivým vlastnostem míru důležitosti. Jedním z nejzajímavějších zjištění celého šetření mezi žáky je výsledná stupnice důležitosti vlastností, kde dominuje odbornost. Následují vcítění, náklonnost a trpělivost, mezi kterými už nejsou v hodnocení markantní rozdíly. To ilustruje, že mravní vlastnosti zdravotníka považují žáci za méně důležité než stránku výkonu povolání ve smyslu bezchybnosti provedení ošetrovatelských činností.

Pojem důstojnost se pokusila vystihnout totožná skupina žáků, kteří uvedli způsoby ochrany fyzického soukromí nemocného. Žáci svými formulacemi vyjadřují souvislosti pojmu důstojnost s umíráním, úctou k lidské bytosti a zemřelému, respektováním lidského práva na soukromí, vztahem k vlastní osobě a zodpovědným plněním povinností člověka ve vztahu k ostatním lidem.

V oblasti mravních postojů jsem se o zjištění vztahu žáků k vlastní osobě pokusila formou otázky, pečují-li soustavně o vlastní zdraví. Přestože výsledek dotazování byl částečně znehodnocen formulací programová péče, je možno jej vyjádřit v tom smyslu, že přibližně polovina žáků uplatňuje zdravý životní styl. Na otázku zaujatého mravního postoje k eutanazii neodpověděl počet žáků vysoce překračující polovinu. Výrazná většina zbylých odpovědí vyjadřuje kladný postoj za určitých podmínek, které žáci různě vymezili. Jsou jimi nejčastěji nesnesitelné a dlouhodobé bolesti, nevratné snížení kvality života, přání nemocného, nevléčitelná nemoc a nevratná nutnost napojení nemocného na přístroje zajišťující vitální funkce. 5 žáků akt eutanazie bezvýhradně odmítá a současně svůj postoj zdůvodňuje. 1 respondent odpověděl, že není rozhodnut.

Zkušenosti s ošetrovatelskou péčí v terminálním stádiu lidského života, která je z hlediska nároků na mravnost výkonu povolání nejtěžší, učinila polovina z celkového počtu respondentů. Tato skutečnost má nesporně velký vliv na formování profesionálních mravních postojů žáků. Pravděpodobně zde existuje vztah mezi osobní zkušeností tohoto druhu a vyjádřenými mravními postoji žáků k eutanazii.

4.2.9. Diskuse

Cílem výzkumné práce bylo zjistit, jaká je účinnost etické přípravy nelékařských zdravotnických pracovníků v oboru ošetrovatelství. Výzkum byl realizován na střední zdravotnické škole, kde etická výchova a vzdělávání probíhá interdisciplinárně prostřednictvím mezipředmětových vztahů a v interakcích žáků s ostatními účastníky pedagogického procesu, kterými jsou pedagogové, zdravotníci a pacienti v reálném prostředí nemocniční péče. Vyzvala jsem pedagogy a žáky k vyjádření názorů na sledovaný fenomén, tedy do jaké míry úspěšně je uchopena etika ošetrovatelského povolání ve fázi profesní přípravy v podmínkách střední školy.

Údaje shromážděné dotazníkovou metodou použitou u dvou sledovaných skupin jsem analyzovala na základě znalosti obsahu vzdělávacího programu studijního oboru zdravotnický asistent, obsahových náplní výuky jednotlivých předmětů, používaných vyučovacích metod, organizace výuky a očekávaných výsledků vzdělávání. Ve smyslu znalosti prostředí jsem k výzkumu přistupovala z hlediska vlastních zkušeností bývalého žáka dané střední zdravotnické školy. V případě pedagogů byla skupina různorodá ve smyslu rozdílných délek výkonu pedagogické a zdravotnické praxe a také jejich věku. Skupina žáků byla homogenní z hlediska jejich věku a pohlaví, protože jimi byly převážně ženy.

V diskusi nad výsledky svého výzkumného šetření na pedagogicko-etické téma se nyní budu zabývat účinností výchovně-vzdělávacího procesu z hlediska etického kurikula, pedagogů vyučujících související společenskovední, obecně-odborné a specificky odborné předměty a žáků jako objektů vyučovacího procesu. Etika je v podmínkách střední školy uchopena předmětovými didaktikami teoretického a praktického vyučování. V tomto ohledu jsou žáci jednoznačně znevýhodněni ve srovnání se studenty vyšších zdravotnických škol a vysokých škol, na kterých se vzdělávají a vychovávají budoucí nelékařští zdravotničtí pracovníci. Mezi souvisejícími předměty je vytvořena hustá síť mezipředmětových vztahů, kterými se formují profesionální mravní postoje, znalostní úroveň v etické oblasti a emocionalita žáků. Vzhledem ke zjištěné míře organizovanosti etické přípravy předpokládám, že polovina z celkového počtu pedagogů, kteří zastávají názor, že není vhodné vyučovat etiku na střední zdravotnické škole jako volitelný předmět, považuje užívané metody a formy za dostačující pro středoškolské podmínky.

Efektivita vyučovacího procesu je zajištěna několika způsoby. Pedagogové seznamují žáky s očekávanými výsledky výuky a naopak sondují, s jakými očekáváními spojují celek procesu etické přípravy žáci. Podle svých zjištění přizpůsobují obsah učiva jejich potřebám. To znamená prostor pro řešení aktuálních problémových situací z ošetrovatelské praxe a zařazování témat nad rámec požadavků školního vzdělávacího programu. Vyučující diskutují se svými žáky na nejednoznačně řešitelná témata a zjišťují jejich mravní postoje k okolí a sobě samým. O demokratickém a tvůrčím klimatu ve škole dále svědčí skutečnost, že probíhá všeobecná diskuse o výuce etiky mezi pedagogy.

Pedagogové v průběhu svého působení absolvují celoživotní vzdělávání o metodách a formách etické přípravy žáků. Přesto podle mého názoru používají omezené množství netradičních vyučovacích metod, které by témata pro žáky učinily zajímavějšími, snadněji vysvětlitelnými a pochopitelnými. Favorizované vyučovací metody diskuse a řešení modelových situací podle vyučujících, nemusí být skutečně nejvíce oblíbené žáky. Specifice etické problematiky odpovídá převažující metoda zjišťování dosažených studijních výsledků, kterou je zpracování písemné úvahy na dané téma. Nejčastějšími tématy eseje s etickou tematikou je eutanazie a interrupce. S fenoménem eutanazie je spojeno zajímavé spektrum morálních postojů žáků. S těmito zjištěními budu muset v následující fázi výzkumu dále pracovat. Závěrečná část lidského života je žáky uchopována na základě vlastních zkušeností s péčí o umírající nemocné a proto je daná oblast zjišťování pro mne velmi cenná.

Účinnost etické přípravy se zakládá na míře zvnitřnění a dodržování mravních zásad ošetrovatelské profese a schopnosti aplikace naučeného při řešení problémů. Nejvíce důležité z hlediska ošetrovatelské praxe je, že žáci mají ve vztahu k nemocnému pocit odpovědnosti, podrobují vědomé kontrole svůj verbální a neverbální projev a dodržují pravidla správné komunikace s nemocnými. Skutečnost, že většina žáků od výuky očekává návody pro praktické situace rozhodování a jednání, je možno dát do souvislosti se zjištěním, že si žáci v mnoha případech nejsou jisti ve vztahu k nemocnému. Z aspektu pacienta, pro kterého sestra představuje jistotu a stálost, je

rozhodující, vnímá-li její klid a jistotu. Zde má významný podíl osobnost pomáhajícího a rozsah nabytých zkušeností. Považuji pro budoucí povolání žáků za důležité, že znají a uplatňují způsoby naplnění práva na soukromí. Vyjadřují tím vlastní postoj k pacientům v nemocničním prostředí, kde považují míru zohledňování jejich práva na soukromí často za nedostatečné. Z hlediska žáků je hlavním přínosem etické výchovy, že využívají její obsah ve svém soukromém životě.

Velmi zajímavým způsobem žáci vnímají důležitost mravních vlastností zdravotníka. Vcítění, náklonnost a trpělivost následují za odborností. Měla jsem možnost v diskusi se skupinami účastníků kvalifikačních kursů pro všeobecné sanitáře nechat je vyjadřovat míru důležitosti vlastností zdravotníka. Všeobecná shoda vždy zavládla v tom, že trpělivost a schopnost sdílet vnímání náročné životní situace pacientem má vždy vyšší hodnotu ve srovnání s dokonalostí provedení předemných činností. Pravděpodobně tento jev souvisí s tím, přisuzujeme-li vlastnostem hodnotu z hlediska pacienta nebo zdravotníka.

Fenomén informovaného souhlasu pacienta byl dotazovanými žáky pochopen na jejich vzdělanostní úrovni a vzhledem k povaze činností, ke kterým jsou připravováni. V případě povolání nelékařského zdravotnického pracovníka se jedná o ošetrovatelské činnosti, jakou je například odběr krve, ke kterým se zpravidla vztahuje forma předpokládaného souhlasu. K dalším druhům prováděných výkonů, jako například zavedení permanentního močového katétru, je ale důležité, aby pacient byl s jejich podstatou a důsledky seznámen a dostal možnost vyjádření souhlasu nebo nesouhlasu. Oblastí sdělování pravdy o závažném zdravotním stavu, které je výsadně lékařskou pravomocí s možností participace nelékaře v přesně vymezeném rozsahu, se ve výzkumném šetření projevil předpokládaný výsledek.

4.2.10. Závěr

Výsledky mého výzkumného šetření v obou výzkumných vzorcích se vzájemně doplňují a dokazují, že není vymezen specifický prostor pro práci se žáky v oblasti vytváření profesionálních postojů k lidem v náročných životních situacích a v oblasti řešení závažných mravních jevů v lékařství a ošetrovatelství. Příležitostí ke zlepšení ve výuce na střední zdravotnické škole je aplikace vyučovacích metod zaměřených na aktivní učení postojům jako konstitutivní součástí etické přípravy. Do fáze hlavního výzkumu vstupuji s předpokladem, ke kterému jsem dospěla v průběhu předběžného výzkumu. Vyučovací předmět Etika v ošetrovatelství je rozhodující z hlediska kvality přípravy k výkonu povolání všeobecných sester.

4.3. Hlavní výzkum

4.3.1. Metoda hlavního výzkumu

Hlavní strategií analýzy dat bylo korelační šetření. Zajímala jsem se o variabilitu sociálních vlastností, afektivních a behaviorálních proměnných. Pro jejich vzájemné kauzální vztahy jsem hledala zdůvodnění. „Vztah mezi vlastností a dispozicí nebo jednáním je pravděpodobně ústředním typem vztahu v sociálním výzkumu.“⁸² Rozbor údajů získaných prostřednictvím otevřených otázek byl proveden kvalitativní metodou.

Do fáze hlavního výzkumu jsem vstupovala s jasným přehledem o proměnných přímo souvisejících s výzkumnými otázkami. Tyto proměnné budu uvádět do vzájemných vztahů. Ve výzkumném vzorku studentů se proměnné nacházely v oblastech motivace k etickému jednání, morálních postojů, vlastností a názorů, interiorizace profesionálních mravních norem, představ o obsazích morálních pojmů, profesionální komunikace a předpokladů účinnosti etické přípravy z hlediska vyučovacího procesu. Kategoriálními proměnnými byly pohlaví a příslušnost k ročníku a škole. Ve výzkumném vzorku pedagogů se proměnné nacházely v oblastech výchovných cílů ve vztahu k etice, dalšího vzdělávání ve vztahu k novým obsahům a metodám etické přípravy, sledování kvality výchovy formou zpětné vazby, žákovských preferencí ve vztahu k etickým tématům, vyučovacích metod a metod zjišťování výsledků výuky, mezipředmětových vztahů, sebereflexe, názorů na potřebnost vyučování etiky jako volitelného předmětu. Kategoriálními proměnnými byly věk, délka pedagogické praxe a příslušnost ke škole a ročníku.

Dotazníky určené ke sběru dat ve skupině odborných pedagogů a ve skupině žáků zdravotnického lycea a středních zdravotnických škol a studentů 2. a 3. ročníků vyšší odborné školy jsem koncipovala s využitím zkušeností získaných ve fázi předběžného výzkumu. Data získaná dotazováním byla použita jako základ kvantitativního šetření o vztahu proměnných.

4.3.2. Popis výzkumného šetření

O spolupráci na realizaci hlavní výzkumné fáze jsem požádala ředitelku Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické v Havlíčkově Brodě. Oslovila jsem ji dopisem se žádostí o účast v mém výzkumu, obdržela souhlas a školu jsem navštívila 18. 3. 2010. V jednání s ředitelkou školy jsem vyjádřila svůj výzkumný záměr a zdůvodnila žádost o provedení výzkumného šetření. Na základě vzájemné dohody bylo zahájeno dotazníkové šetření s účastníky pedagogického procesu dne 22. 3. 2010. Soubory otázek byly určeny 18 pedagogům vyučujícím odborné předměty a 135 žákům 4. ročníku zdravotnického lycea, 4. ročníků střední zdravotnické školy, oboru zdravotnický asistent a

⁸² Rosenberg in Punch, 2008, s. 2006.

studentům 2. a 3. ročníků vyšší odborné školy, oboru diplomovaná všeobecná sestra. Obě skupiny respondentů splnily svůj úkol a dne 14. 4. 2010 jsem při závěrečném setkání s ředitelkou školy převzala 12 dotazníků vyplněných pedagogy a dále vyplněné, zčásti vyplněné a nevyplněné formuláře od žáků a studentů. V následujícím období od 15. 4. do 11. 5. 2010 jsem provedla třídění dotazníků a aplikovala statistické metody zpracování dat. Na základě vypracovaných výsledků jsem přistoupila k vyslovení celkových závěrů výzkumného šetření.

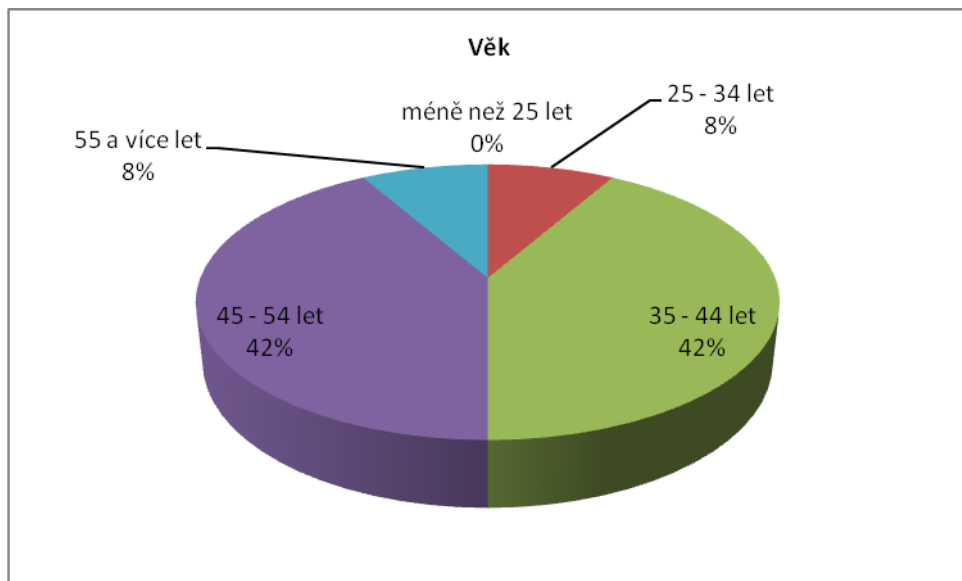
4.3.3. Charakteristika vzorku pedagogů

V případě první skupiny účastníků vyučovacího procesu výzkumný vzorek tvoří 12 pedagogů. Otázka na pohlaví nebyla položena vzhledem ke známé skutečnosti, že ve všech případech jsou odbornými pedagogy ženy. Shodný počet 5 pedagogů se nachází ve věku mezi 35 a 44 roky a ve věku od 45 do 54 let. Vždy 1 z pedagogů je příslušníkem věkové kategorie 25 až 34 let a 55 a více let. Otázka na délku výkonu povolání odborného pedagoga ukázala, že shodně 5 z celkového počtu 12 respondentů působí ve škole 11 až 20 let a 21 a více let. V rozmezí 6 až 10 let se pedagogické praxi věnují 2 členové pedagogického sboru. Praxe žádného z dotazovaných není kratší než 6 let.

Na otázku příslušnosti pedagogů z hlediska ročníku a školy z celkových 22 odpovědí bylo 5 pro 4. ročník střední zdravotnické školy, 3 pro 4. ročník zdravotnického lycea, přičemž všichni pedagogové, kteří učí 4. ročník zdravotnického lycea, učí rovněž ve 4. ročníku střední zdravotnické školy. Zde se jedná o 4 případy odpovědí. Shodně v 7 případech byl označen 2. ročník vyšší odborné školy zdravotnické a 3. ročník vyšší odborné školy zdravotnické, přičemž v 6 případech vyučují stejní pedagogové. Ve 2 případech působí ve všech školách a ve všech ročnících. V 1 případě odpovídal pedagog vyučující 1. a 2. ročník střední zdravotnické školy, pro něž nebyla stanovena varianta.

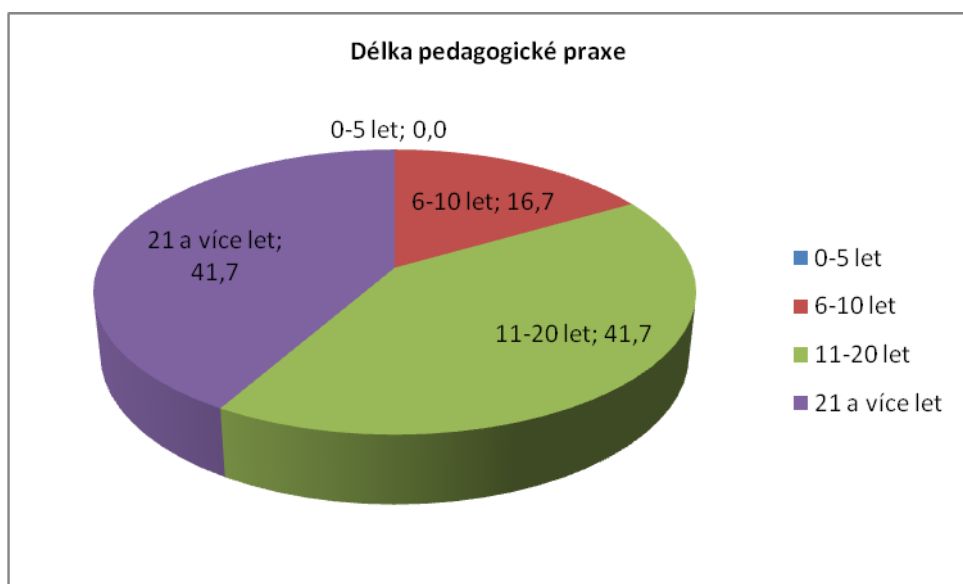
Výzkumný vzorek je charakterizován rovněž vyučovanými odbornými předměty. Převažují praktické předměty, přičemž každý z 12 pedagogů vyučuje minimálně 1 praktický odborný předmět. Naopak žádný respondent nevyučuje občanskou nauku, která je z hlediska etického kurikula středoškolského vzdělávání zdravotníků hlavním vyučovacím předmětem. V oblasti dotazování na příslušnost pedagogů ke škole a ročníku bylo učiněno zjištění, že $\frac{1}{4}$ z nich působí na střední a vyšší odborné úrovni vzdělávání. Shodný počet 7 pedagogů vyučuje ve 2. a 3. ročníku vyšší odborné školy zdravotnické. 5 respondentů pedagogicky působí ve 4. ročníku střední zdravotnické školy. Vzhledem ke skutečnosti, že na zdravotnickém lyceu nejsou vyučovány praktické předměty, je očekávaným zjištěním, že zde učí 3 z dotazovaných pedagogů.

Odpověď	Kód	Počet	Podíl v %
Méně než 25 let	1	0	0
25 - 34 let	2	1	8,33
35 - 44 let	3	5	41,67
45 - 54 let	4	5	41,67
55 a více let	5	1	8,33
Celkem		12	100



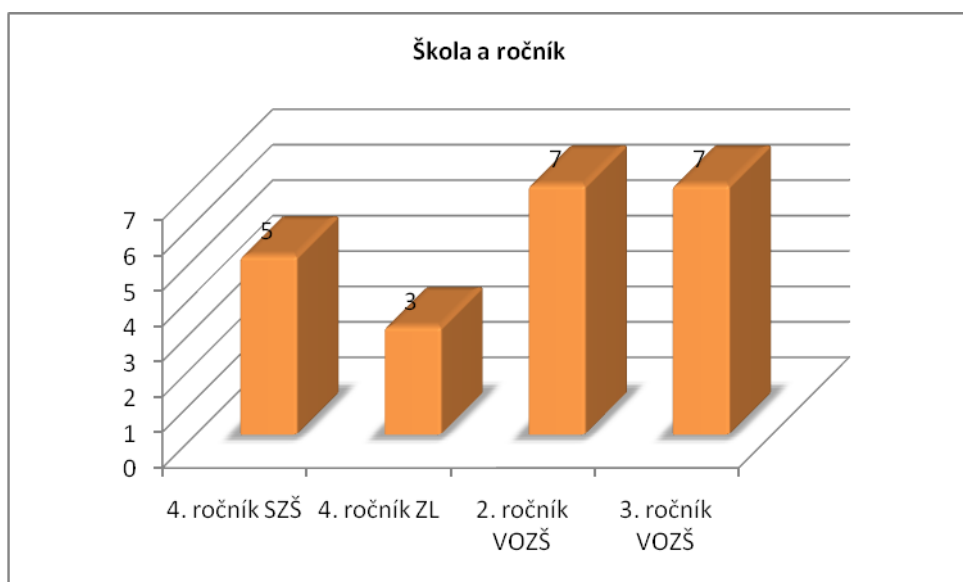
Tabulka a graf 40 Věk odborných pedagogů

Odpověď	Kód	Počet	Podíl v %
0 - 5 let	1	0	0
6 - 10 let	2	2	16,66
11 - 20 let	3	5	41,67
21 a více let	4	5	41,67
Celkem		12	100



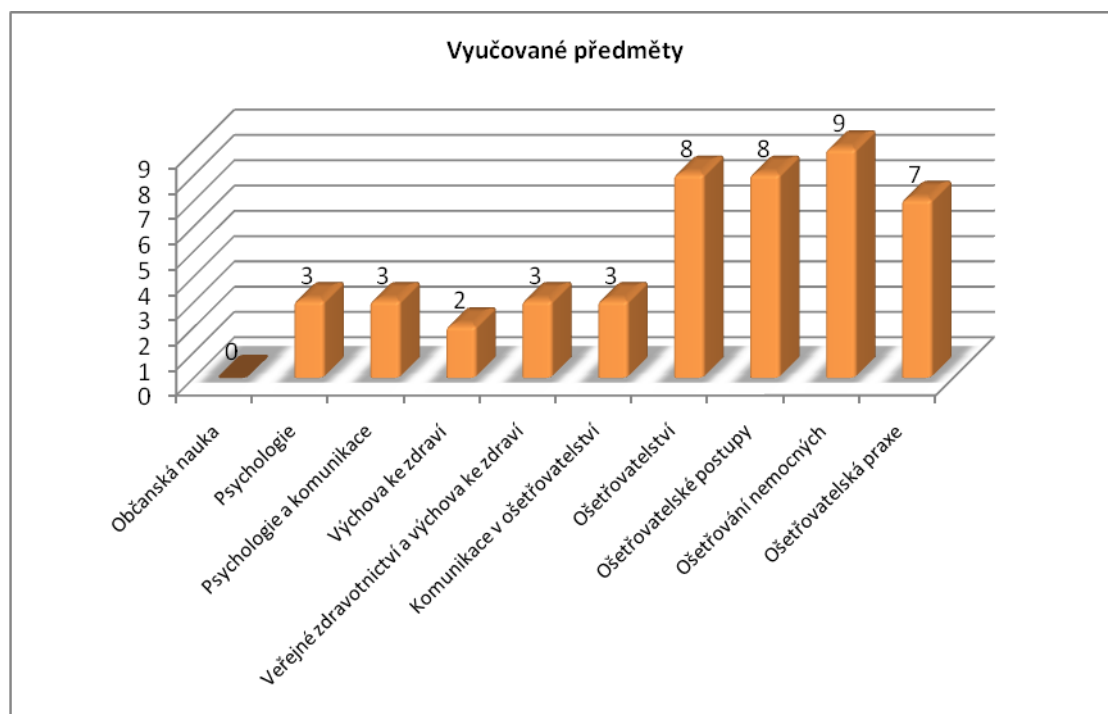
Tabulka a graf 41 Délka pedagogické praxe

Odpověď	Kód	Počet	Podíl v %
4. ročník střední zdravotnické školy	1	5	22,72
4. ročník zdravotnického lycea	2	3	13,64
2. ročník vyšší odborné školy zdravotnické	3	7	31,82
3. ročník vyšší odborné školy zdravotnické	4	7	31,82
Celkem		22	100



Tabulka a graf 42 Příslušnost ke škole a ročníku

Odpověď	Kód	Počet	Podíl v %
Občanská nauka	1	0	0
Psychologie	2	3	6,52
Psychologie a komunikace	3	3	6,52
Výchova ke zdraví	4	2	4,35
Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví	5	3	6,52
Komunikace v ošetrovatelství	6	3	6,52
Ošetrovatelství	7	8	17,39
Ošetrovatelské postupy	8	8	17,39
Ošetrování nemocných	9	9	19,57
Ošetrovatelská praxe	0	7	15,22
Celkem		46	100



Tabulka a graf 43 Vyučované předměty

4.3.4. Výzkumné šetření mezi pedagogy

Pedagogové odpovídali z hlediska své odborné způsobilosti na otázky eticky relevantních prvků vyučovacího procesu v hlavních oblastech, kterými byly vyučovací metody, etické obsahy výuky, mezipředmětové vztahy, sledování kvality výuky a metody zjišťování výsledků etické přípravy.

Odpověď	Kód	Počet	Podíl v %
Určitě ano	1	5	41,67
Spíše ano	2	6	50
Spíše ne	3	1	8,33
Určitě ne	4	0	
Celkem		12	100

Tabulka 44 Aplikace poznatků získaných formou školení o metodách a formách etické přípravy

S výjimkou 1 pedagoga všichni členové pedagogického sboru aplikují ve své praxi poznatky získané prostřednictvím školicích akcí celoživotního vzdělávání o metodách a formách etické přípravy žáků/ studentů. Liší se mírou, do jaké dané poznatky využívají. Při 11 kladných odpovědích 6 volilo spíše ano a 5 určitě ano. Jsou tedy patrné dvě důležité skutečnosti. Probíhá proces zvyšování kvality výuky podporou odborné kvalifikace pedagogů na úrovni vzdělávacího systému. Pedagogové akceptují doporučení a používají nové postupy ve vyučovacím procesu.

Odpověď	Kód	Počet	Podíl v %
Metody	1	7	36,84
Obsah	2	10	52,63
Jiné	3	1	5,26
Celkem		19	100

Tabulka 45 Aplikace obsahů školení o metodách a formách etické přípravy v praxi

Na otázku odpovídalo 11 pedagogů. V 10 případech modifikují pedagogové obsah učiva podle poznatků získaných formou školení o etické přípravě. V 7 případech pedagogové zavádějí nové vyučovací metody nebo s nimi experimentují. V 1 případě pedagog zvolil variantu jiné, kterou specifikoval jako výchovnou praxi i mimo výuku.

Odpověď	Kód	Počet	Podíl v %
Určitě ano	1	5	41,66
Spíše ano	2	7	58,33
Spíše ne	3	0	0
Určitě ne	4	0	0
Celkem		12	100

Tabulka 46 Seznamování žáků/ studentů předem se vzdělávacími cíli.

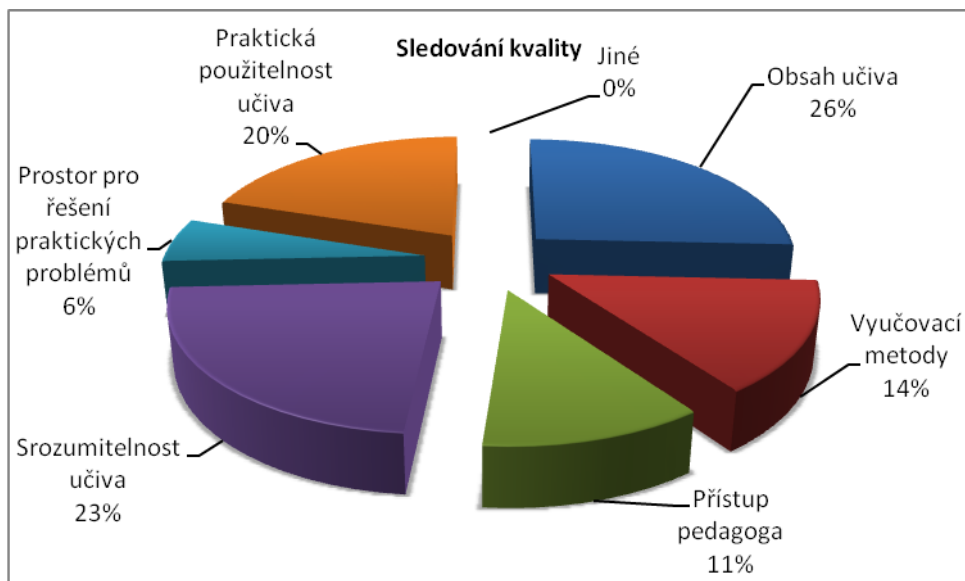
7 z celkového počtu 12 pedagogů spíše seznamuje žáky/ studenty s cíli etické přípravy. 5 jednoznačně seznamuje s očekávanými výsledky vzhledem k etickým znalostem a dovednostem.

Odpověď	Kód	Počet	Podíl v %
Určitě ano	1	3	25
Spíše ano	2	5	41,67
Spíše ne	3	4	33,33
Určitě ne	4	0	0
Celkem		12	100

Tabulka 47 Zjišťování očekávání žáků/ studentů ve vztahu k etické výchově

Na otázku, zda pedagogové zjišťují, jaká jsou očekávání žáků ve vztahu k etické přípravě, odpovědělo 5 z celkového počtu 12 spíše ano. 1/3 pedagogů v interakci se žáky/ studenty spíše neprovádí zjišťování jejich očekávání a 3 určitě ano. Z hlediska účinnosti etické přípravy žáků/ studentů je to velmi důležité a současně očekávané zjištění.

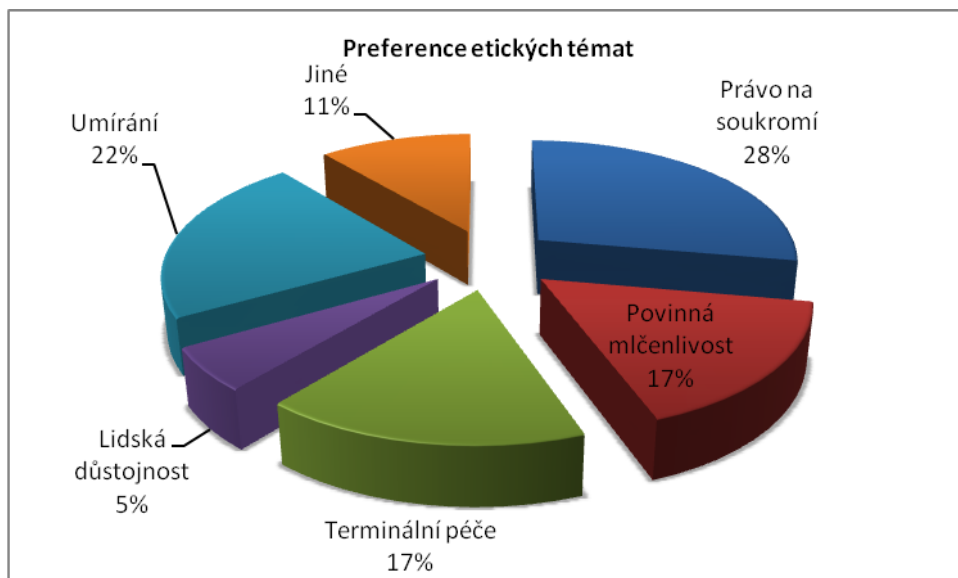
Odpověď	Kód	Počet	Podíl v %
Obsah učiva	1	9	25,71
Vyučovací metody	2	5	14,29
Přístup pedagoga	3	4	11,43
Srozumitelnost učiva	4	8	22,86
Prostor pro řešení praktických problémů	5	2	5,71
Praktická použitelnost učiva	6	7	20
Jiné	7	0	0
Celkem		35	100



Tabulka a graf 48 Oblasti sledování kvality výuky z hlediska žáků/ studentů.

Na otázku odpovědělo 10 pedagogů z celkového počtu 12. Z celkového počtu 35 zvolených variant nejčastější oblastí zjišťování kvality výuky z hlediska žáků/ studentů byl obsah učiva a to v 9 případech v 8 případech srozumitelnost učiva, v 7 případech praktická použitelnost učiva. Výsledek je podle mého názoru velmi ilustrativní, protože srozumitelnost a praktičnost obsahu přímo podmiňují správné jednání zdravotníka s nemocnými. V 5 případech jsou oblastí sledování vyučovací metody, které budou předmětem následujícího dotazování pedagogů a žáků/ studentů. Ve 4 případech byl volen přístup pedagoga, ve 2 případech prostor pro řešení problémů nemocniční praxe. Rovněž prostor pro řešení praktických situací je zkoumán dotazováním v druhé skupině respondentů.

Odpověď	Kód	Počet	Podíl v %
Právo na soukromí	1	5	27,78
Povinná mlčenlivost	2	3	16,67
Terminální péče	3	3	16,67
Lidská důstojnost	4	1	5,56
Umírání	5	4	22,22
Jiné	6	2	11,11
Celkem		18	100



Tabulka a graf 49 Větší zájem žáků/ studentů o některá etická témata

Na otázku odpovědělo 6 z celkového počtu 12 pedagogů. Celkový počet variant byl 18. V 5 případech respondenti volili právo na soukromí. To je důležité z hlediska připravenosti žáků/ studentů ke správnému jednání v reálných podmínkách poskytování ošetrovatelské péče. Ve 4 případech pedagogové volili umírání a ve 3 případech terminální péči. Vzhledem ke skutečnosti, že dané oblasti se nacházejí v přímém vztahu, přičemž terminální péče uchopuje závěrečné období lidského života z hlediska ošetrovatelské péče, je zjištěný zájem žáků/ studentů velmi žádoucí. Povinná mlčenlivost byla označena rovněž ve 3 případech a 1 pedagog volil lidskou důstojnost. Dva pedagogové využili varianty jiné, v jednom případě byla uvedena eutanazie a interrupce a v jednom případě eutanazie a transplantace.

Odpověď	Kód	Počet	Podíl v %
Určitě ano	1	4	33,33
Spíše ano	2	6	50
Spíše ne	3	2	16,67
Určitě ne	4	0	0
Celkem		12	100

Tabulka 50 Prostor pro diskuse o situacích z praktické výuky v teoretických předmětech

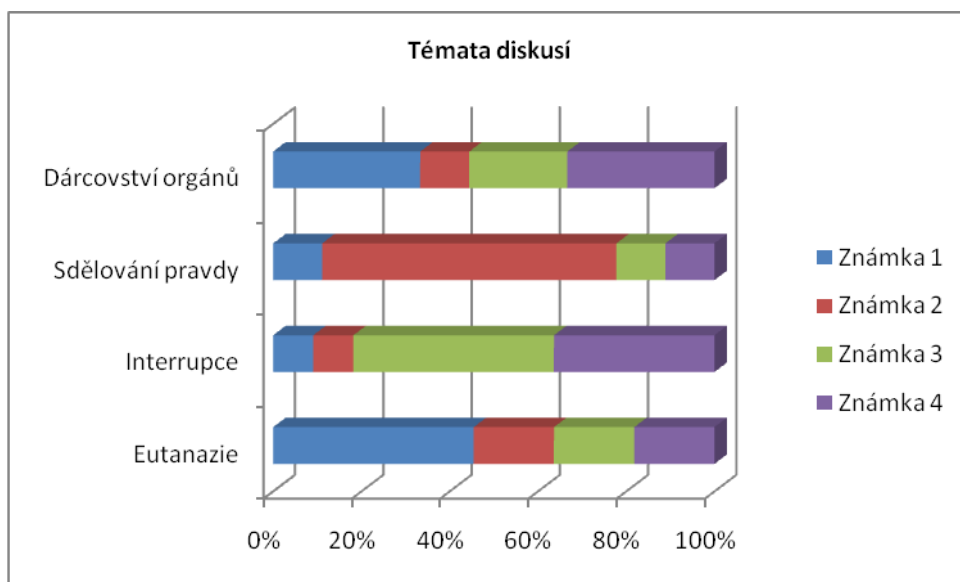
$\frac{1}{2}$ pedagogů z celkového počtu 12 volila spíše ano. $\frac{1}{3}$ pedagogů uvedlo určitě ano a $\frac{1}{6}$ spíše ne. Rozložení odpovědí je patrně způsobeno příslušností ke škole a ročníku a také charakterem vyučovaných předmětů. Je patrné zohledňování aktuálních situací praktické výuky, mezipředmětových vztahů a potřeb žáků/ studentů.

Odpověď	Kód	Počet	Podíl v %
Určitě ano	1	5	41,67
Spíše ano	2	6	50
Spíše ne	3	1	8,33
Určitě ne	4	0	0
Celkem		12	100

Tabulka 51 Diskuse se žáky/ studenty na dilematická témata lékařské etiky

½ pedagogů z celkového počtu 12 odpovědělo spíše ano a 5 pedagogů určitě ano. 1 pedagog ve vyučovacích hodinách spíše nediskutuje se žáky na nejednoznačně řešitelná témata. Z výsledku je patrné, že účastníci vyučovacího procesu společně analyzují tradiční lékařská dilemata. Žáci/studenti se učí argumentovat, přijímat argumenty ostatních a zohledňovat skutečnost, že optimální řešení situací nebo případů nebývají všemi účastníky bezvýhradně přijatelná.

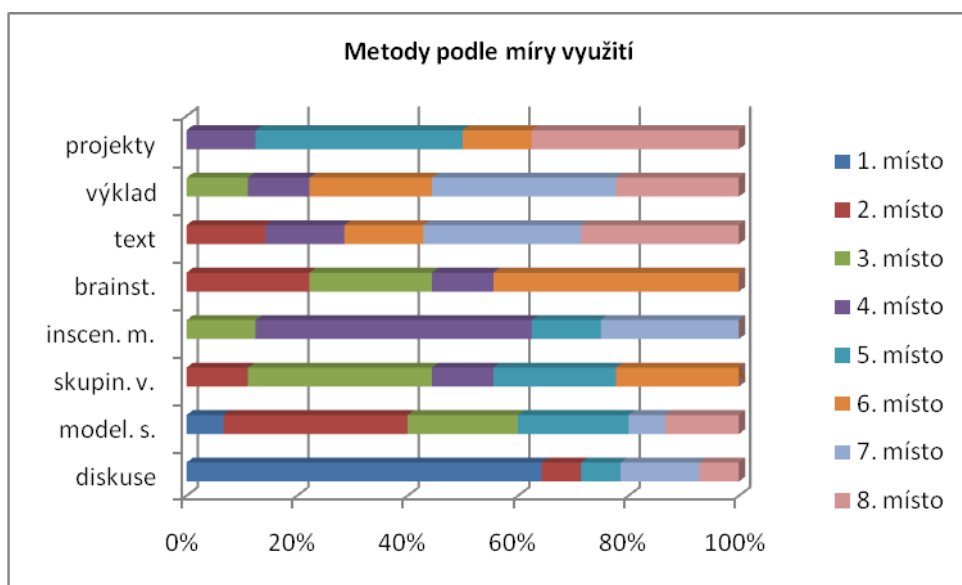
Odpověď	Kód	Známka 1	Známka 2	Známka 3	Známka 4	Bez odp.	Celkem
Eutanazie	a	5	1	1	3	2	10
Interrupce	b	2	1	6	1	2	10
Sdělování pravdy	c	2	5	1	2	2	10
Dárcovství orgánů	d	2	4	1	3	2	10



Tabulka a graf 52 Nejčastěji diskutovaná dilematická témata

Vzhledem k instrukci otázky, že odpovídat mají pouze pedagogové, kteří u předcházejícího dotazu zvolili kladnou odpověď, mělo odpovídat 11 pedagogů. Jeden z nich známky nepřirazoval s

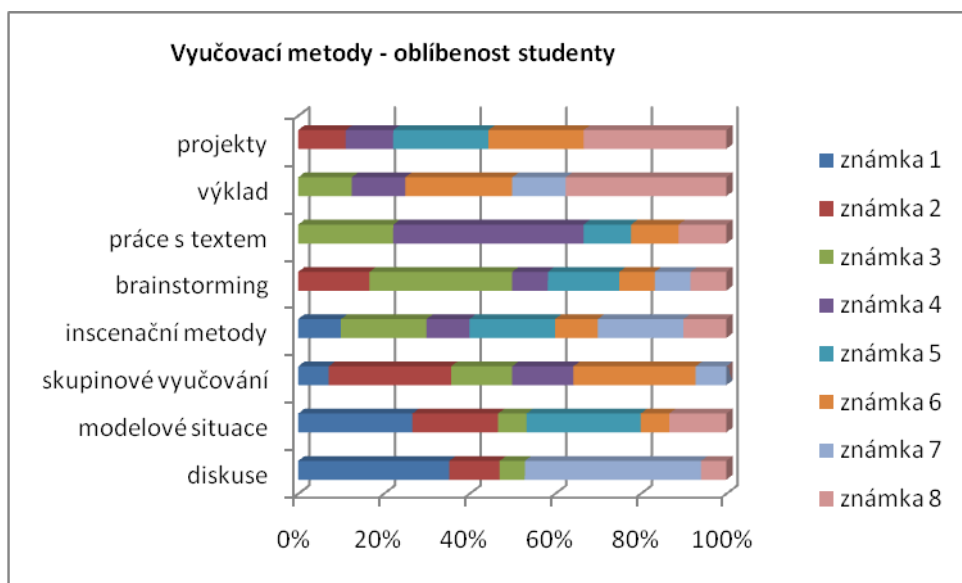
odůvodněním, že záleží, na kterém oddělení probíhá praxe a jaké je probíráno téma. Odkazuje na aktuálnost v uvedených předmětech. 1 z pedagogů neprovedl volbu podle instrukce a přiřadil známku 1 tématům eutanazie a dárcovství orgánů, známku 2 interrupci a sdělování pravdy o závažném zdravotním stavu. Proto skutečný počet voleb jednotlivých variant neodpovídá počtu nabízených možností. 10 pedagogů označilo za nejčastěji diskutované téma, tedy **známkou 1 eutanazii**, a to v 5 případech. Zjištění se shoduje s výsledkem dotazování ve fázi předběžného výzkumu a potvrzuje skutečnost, že atmosféra školního prostředí odráží intenzivní celospolečenskou diskusi eutanazie. **Známku 2** nejčastěji, v 5 případech, dostalo **sdělování pravdy o závažném zdravotním stavu** a ve 4 případech dárcovství orgánů. Nelékařští zdravotničtí pracovníci významně participují na sdělování diagnózy lékařem a žáci/ studenti skutečně považují téma za důležité pro výkon ošetrovatelského povolání. **Známku 3** nejčastěji, v 6 případech, dostala **interrupce**. Známku 4 vždy ve 3 případech eutanazie a dárcovství orgánů.



Graf 53 Vyučovací metody etických témat podle míry využití

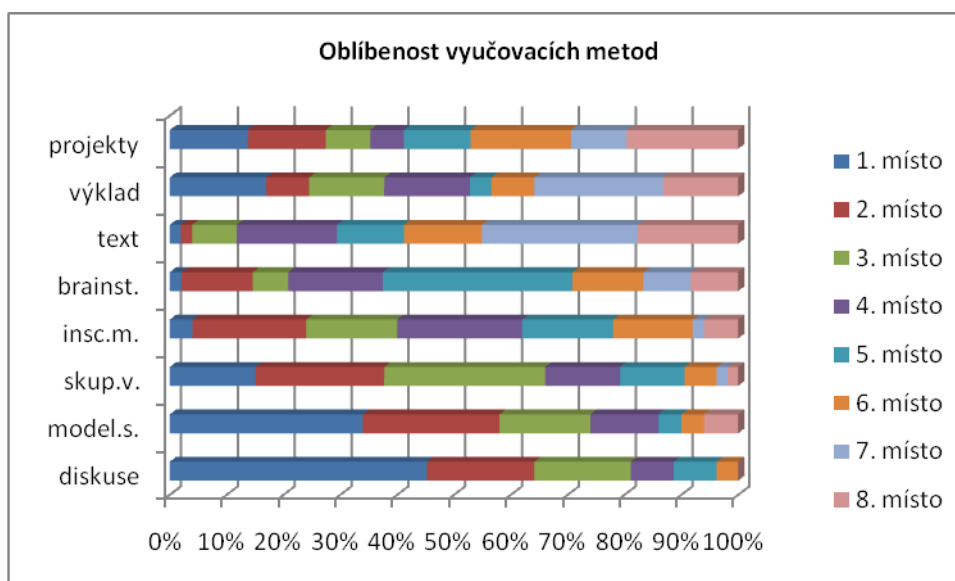
Vyučovací metody podle míry využití byly jednotlivými pedagogy seřazeny od nejvíce využívaného **výkladu** označeného známkou 1 v 7 případech přes **diskusi** označenou známkou 2 ve 4 případech, **modelové situace** a **práci s textem** označené známkou 3 vždy ve 4 případech, skupinové vyučování, brainstorming a výklad označené známkou 4 vždy ve 2 případech, skupinové vyučování označené známkou 5 ve 3 případech, inscenační metody označené známkou 6 ve 4 případech až po projekty označené známkami 7 a 8 ve 3 případech. Rozložení výsledných zjištění podle očekávání ukazuje na převažující míru využití výkladu jako tradiční vyučovací metody se spolehlivými znalostními výsledky. Skutečnost, že diskuse se s výraznou převahou objevuje na prvním a druhém místě z hlediska míry využití, považuji za kontrolní zjištění k dotazování druhé skupiny respondentů, zda je vytvářen prostor pro diskusi o situacích z nemocniční praxe. Předpokládám, že v modelových

situacích je prováděn nácvik komunikačních dovedností a náleží proto společně s prací s textem do první poloviny spektra. Od známky 4 se počet výběrů snižuje, z čehož je patrné, že alternativní metody, jakými jsou skupinové vyučování, brainstorming, inscenační metody a projekty patří mezi metody méně frekventované v etické přípravě.

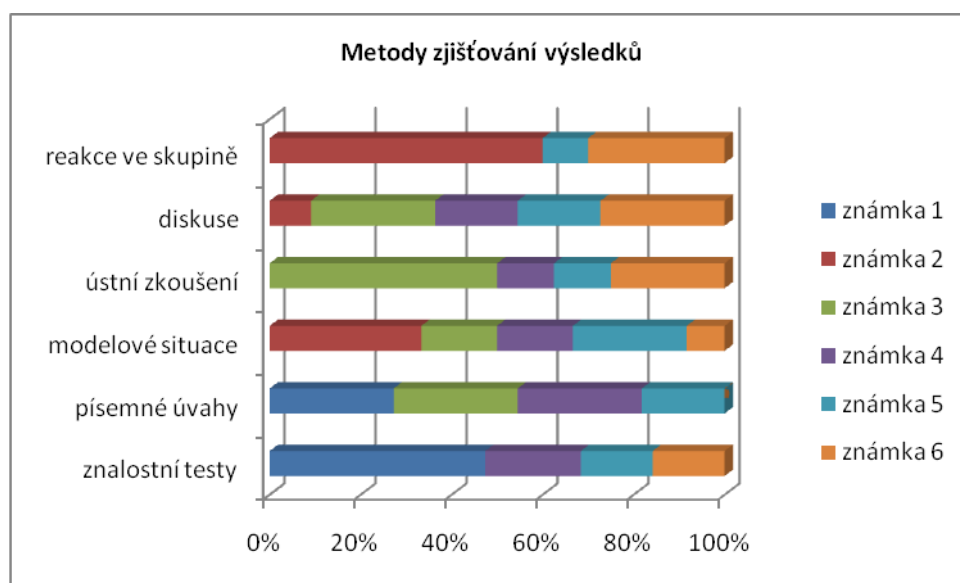


Graf 54. Oblíbenost vyučovacích metod etické výchovy u žáků/studentů podle pedagogů

Vyučovací metody v pořadí od nejoblíbenější k nejméně oblíbené žáky/ studenty z hlediska pedagogů byly seřazeny následujícím způsobem. V 9 případech z celkového počtu 10 byla označena známkou 1 **diskuse**, v 5 případech známkou 2 **modelové situace**, ve 3 případech známkou 3 **skupinové vyučování**. Ve 4 případech pedagogové označili známkou 4 inscenační metody, ve 4 případech známkou 5 práci s textem. Známkou 6 byly nevýrazně označeny, a to vždy ve 2 případech výklad a projekty, přičemž výklad ve 3 případech rovněž známkou 7. Vždy ve 3 případech přiřadili pedagogové známku 8 brainstormingu a opět projektům. Z výsledku a srovnání s dotazováním druhé skupiny respondentů je patrné, že pedagogové velmi přesně reflektují žákovské/ studentské preference v oblasti vyučovacích metod.



Tabulka 55 Oblíbenost vyučovacích metod u žáků



Graf 56 Metody zjišťování výsledků osvojení učiva

Pedagogové seřadili metody zjišťování výsledků podle míry využití následujícím způsobem. V 9 případech z celkového počtu 12 pedagogů byly označeny **znalostní testy**, jsou tedy nejčastěji používanou metodou zjišťování výsledků osvojení učiva. Rovněž znalostní testy a dále modelové situace a ústní zkoušení byly vždy ve 3 případech zařazeny na druhé místo. Znamku 3 dostaly ve 4 případech písemné úvahy. Znamku 4 ve 4 případech dostaly modelové situace a stejně tak známku 5 ve 3 případech shodně s reakcemi ve skupině. V ½ případů byly na poslední místo zařazeny písemné úvahy. Zjištění je ve shodě s otázkou na zadávání esejí s etickou tematikou.

Odpověď	Kód	Počet	Podíl v %
Určitě ano	1	9	75
Spíše ano	2	3	25
Spíše ne	3	0	0
Určitě ne	4	0	0
Celkem		12	100

Tabulka 57 Návuk komunikačních dovedností

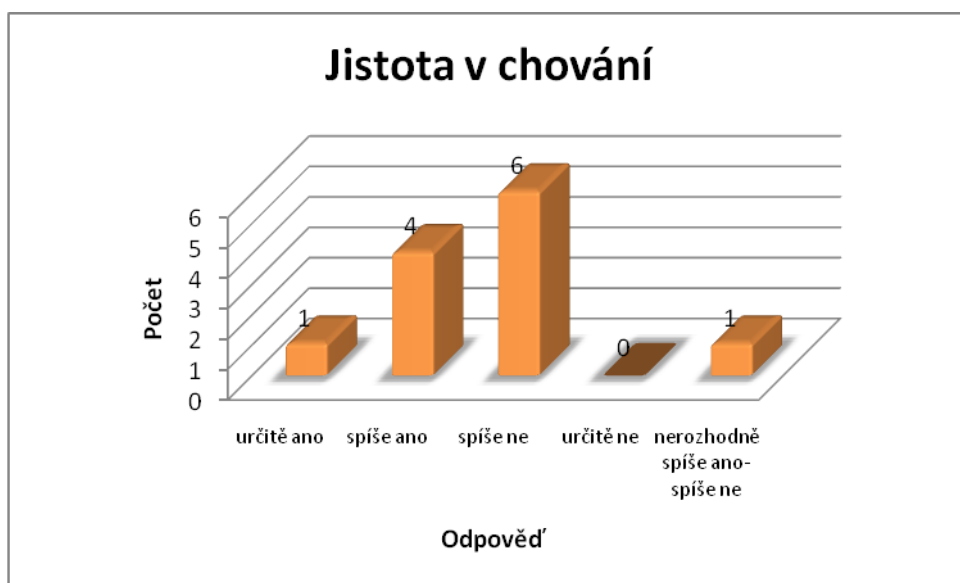
Na otázku $\frac{3}{4}$ z celkového počtu 12 pedagogů odpovědělo určitě ano a 3 respondenti volili variantu spíše ano. Z toho vyplývá, že v teoretických a praktických odborných předmětech probíhá návuk dovedností, které mají z hlediska navázání a udržení vztahu pomoci základní význam.

Odpověď	Kód	Počet	Podíl v %
Určitě ano	1	4	33,33
Spíše ano	2	8	66,67
Spíše ne	3	0	0
Určitě ne	4	0	0
Celkem		12	100

Tabulka 58 Zjišťování mravních postojů žáků/ studentů k jejich vlastní osobě

Zajímavým výsledkem bylo zjištění, že mravní postoje žáků/ studentů k vlastní osobě určitě zjišťuje $\frac{1}{3}$ pedagogů a spíše ano $\frac{2}{3}$ pedagogů z celkového počtu 12, kteří na otázku odpověděli. Z hlediska účinnosti je utváření mravního vztahu k vlastní osobě velmi důležitým prvkem etické výchovy.

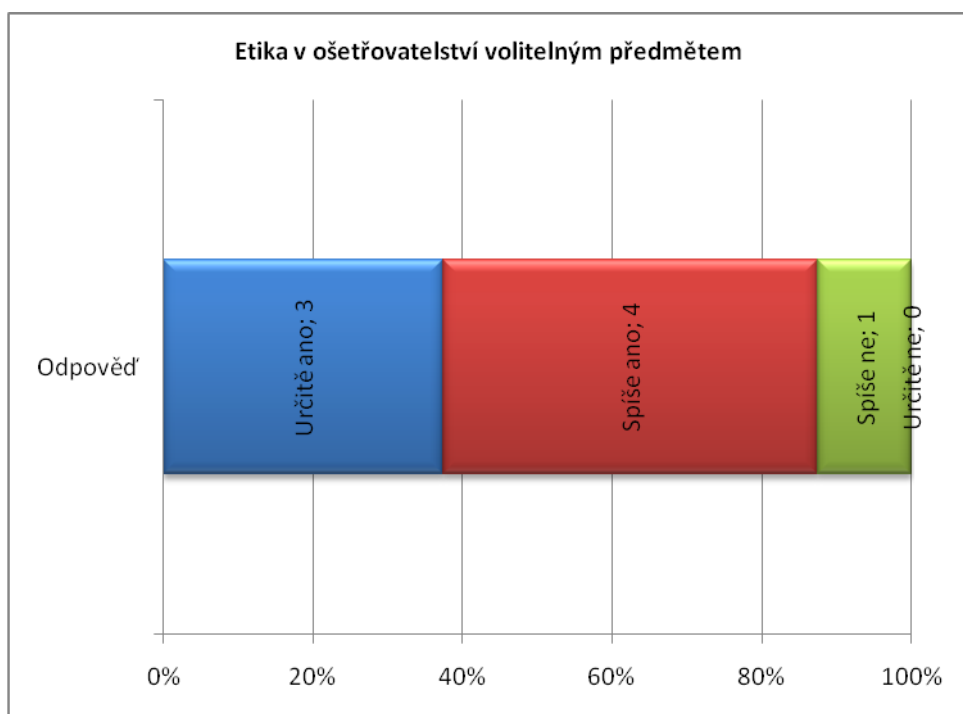
Odpověď	Kód	Počet	Podíl v %
Určitě ano	1	1	8,33
Spíše ano	2	4	33,33
Spíše ne	3	6	50
Určitě ne	4	0	0
Spíše ano-spíše ne		1	8,33
Celkem		12	100



Tabulka a graf 59 Názor pedagogů na jistotu žáků/ studentů v jejich chování k nemocným

Další zajímavé zjištění přinesla otázka na jistotu žáků/ studentů v chování k nemocným z hlediska jejich pedagogů. $\frac{1}{2}$ pedagogů uvedla, že jsou spíše nejisti. 4 pedagogové, tedy $\frac{1}{3}$ z celkového počtu 12 uvedli, že žáci/ studenti jsou si spíše jisti. Pouze 1 pedagog je názoru, že jsou si zcela jisti. 1 pedagog uvedl současně s volbou určitě ano poznámku, že jsou jisti, ale nevědí, zda je to dobře. Z odpovědí je patrná názorová rozporuplnost pedagogů ve vztahu k míře jistoty žáků/ studentů ošetřovatelství v chování k pacientům.

Odpověď	Kód	Počet	Podíl v %
Určitě souhlasím	1	3	37,5
Spíše souhlasím	2	4	50
Spíše nesouhlasím	3	1	12,5
Určitě nesouhlasím	4	0	0
Celkem		8	100



Tabulka a graf 60 Do jaké míry souhlasíte s následujícím tvrzením? Etika v ošetrovatelství by měla být vyučována jako volitelný předmět.

Na otázku, zda by měla být etika v ošetrovatelství vyučována na střední škole jako volitelný předmět, odpovědělo podle instrukce 7 respondentů. Pedagog, který v jiných školních rocích vyučoval na střední zdravotnické škole, ale svou aktuální příslušnost označil k vyšší zdravotnické škole, odpověděl určitě ano. Nerespektoval tedy instrukci otázky, přesto jeho odpověď zvýšila celkový počet na 8. 4 pedagogové zvolili variantu spíše ano, 3 určitě ano a 1 spíše ne. Nevyskytla se odpověď určitě ne.

Otevřená otázka zjišťovala důvody, ze kterých by bylo vhodné vyučovat etiku v ošetrovatelství na střední zdravotnické škole jako volitelný předmět. Vždy v jednom případě se vyskytly následující odpovědi. „Podle zájmu žáků.“ „Základní předmět.“ „Žák – student si potřebuje veřejně (v kolektivu kolegů) sám ujasnit své pozice.“ „S etickými problémy se setkávají v praxi.“ „Protože s etickými problémy se setkávají v praxi.“ „Studenti by měli zájem o předmět, více času i pro pedagoga.“

Otevřenou otázku na důvod, ze kterého není vhodné vyučovat etiku v ošetrovatelství jako samostatný předmět, odpověděl podle instrukce 1 pedagog: „Nelze ji oddělit od ošetrovatelství jako vědy, je jeho součástí.“

4.3.5. Závěry šetření mezi pedagogy

Ve prospěch etiky na střední zdravotnické škole jako volitelného předmětu se vyjádřila většina pedagogů pravděpodobně na základě vlastní zkušenosti se studenty vyšší odborné školy, na které je etika v ošetrovatelství povinným předmětem. Z hlediska účinnosti etické přípravy je to velmi významné. Ve škole probíhá intenzivní diskuse o etických problémech z klinické praxe a dilematických tématech ve zdravotnictví.

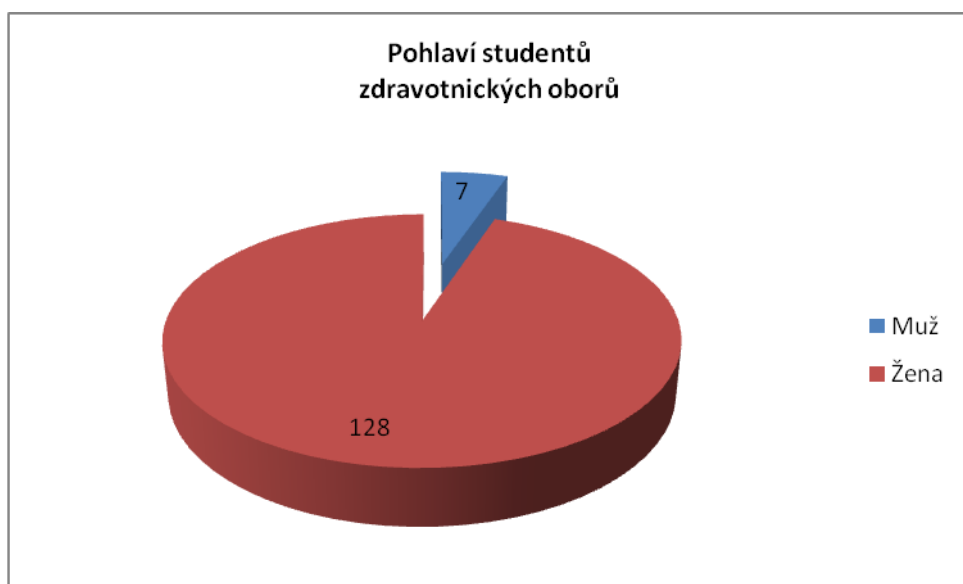
V oblasti efektivity pedagogického procesu je nutno konstatovat některé skutečnosti s významným vlivem na kvalitu etické přípravy žáků/ studentů. Kladným zjištěním je aplikace poznatků absolvovaných školení o etické výchově. Nové poznatky jsou uplatňovány v oblasti obsahu, méně již v oblasti vyučovacích metod. Významným prvkem vyučovacího procesu je zjišťování očekávání žáků/ studentů a zohledňování jejich preferencí ve vztahu k etickým tématům. Pedagogové sledují kvalitu výuky zpětnou vazbou získávanou od žáků/ studentů zejména v oblasti obsahu, srozumitelnosti a praktické použitelnosti znalostí a dovedností. Vyučující vytvářejí zjišťováním mravních postojů žáků k sobě samým ve vyučovacích hodinách rovněž prostor pro jejich sebereflexi.

Faktorem s negativním vlivem na kvalitu etické přípravy je aplikace převážně tradičních metod, které se zaměřují na poznatkovou část etické přípravy. Z hlediska oblíbenosti metod u žáků/ studentů, jak ji hodnotí pedagogové je spektrum odlišné a svědčí pro zájem o interaktivní metody výuky. Tradicionalistický přístup je patrný také v případě metod zjišťování výsledků výuky.

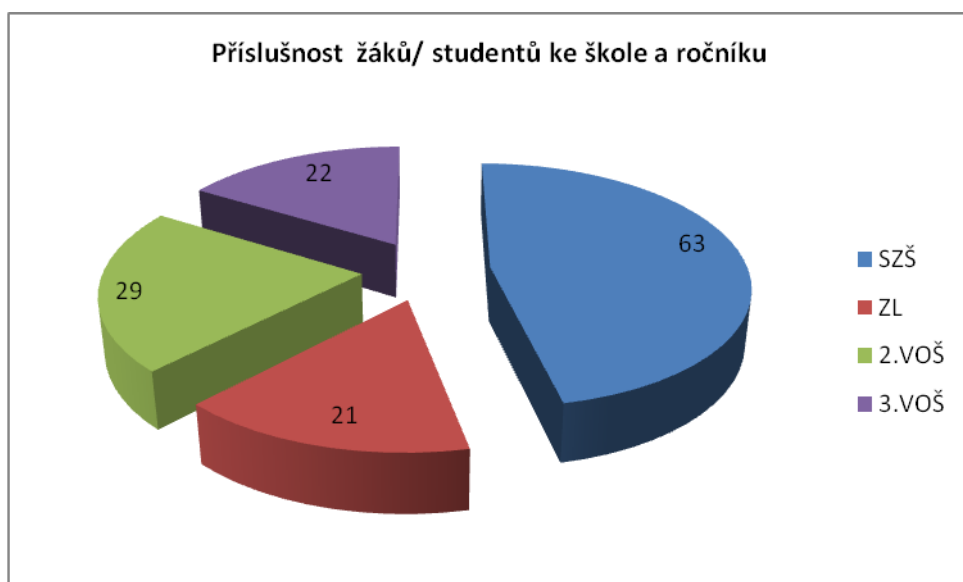
Zajímavým zjištěním je skutečnost, že vyučující odborných předmětů hodnotí chování žáků/ studentů ve vztahu k nemocným jako nejisté, přestože ve svých odpovědích uvádějí, že ve škole probíhá nácvik komunikativních dovedností.

4.3.6. Charakteristika vzorku žáků/ studentů

Výzkumný vzorek žáků/ studentů se skládal ze 128 žen a 7 mužů. Další charakteristikou výzkumného vzorku je příslušnost ke škole a ročníku. Účastníky výzkumu se stalo 63 žáků střední zdravotnické školy, oboru zdravotnický asistent, 21 žáků zdravotnického lycea, 29 studentů 2. ročníku a 22 studentů 3. ročníku vyšší odborné školy, oboru diplomovaná všeobecná sestra.



Graf 61 Pohlaví žáků/ studentů



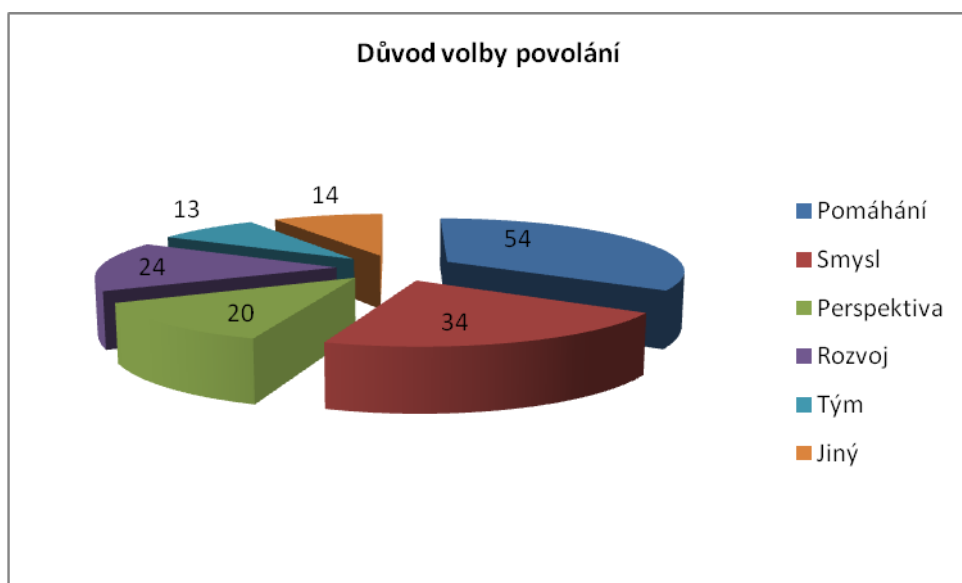
Graf 62 Příslušnost žáků/ studentů ke škole a ročníku.

4.3.7. Výzkumné šetření mezi studenty

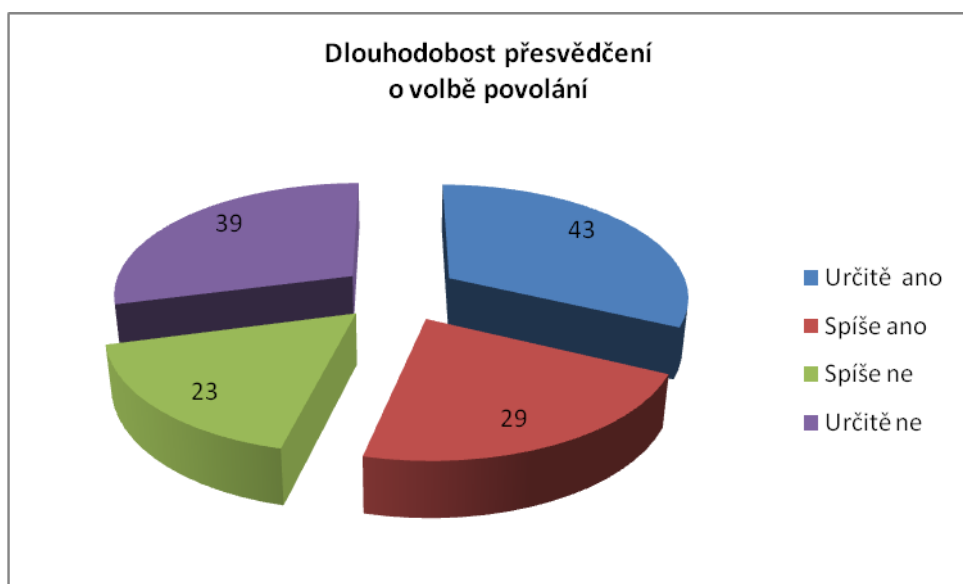
Výzkumné deskriptivní a kvantitativní šetření ve vzorku žáků/ studentů jsem realizovala v následujících oblastech

- sociální vlastnosti
- mravní motivace
- morální vlastnosti
- profesionální mravní postoje
- etické znalosti
- profesionální komunikace
- vyučovací proces -předpoklady účinnosti etické přípravy

Výzkumné šetření v jednotlivých oblastech relevantních z hlediska přípravy k eticky profesionálnímu jednání sester dokládám vybranými přehledy.



Graf 63 Důvod volby povolání



Graf 64 Dlouhodobost přesvědčení o volbě povolání

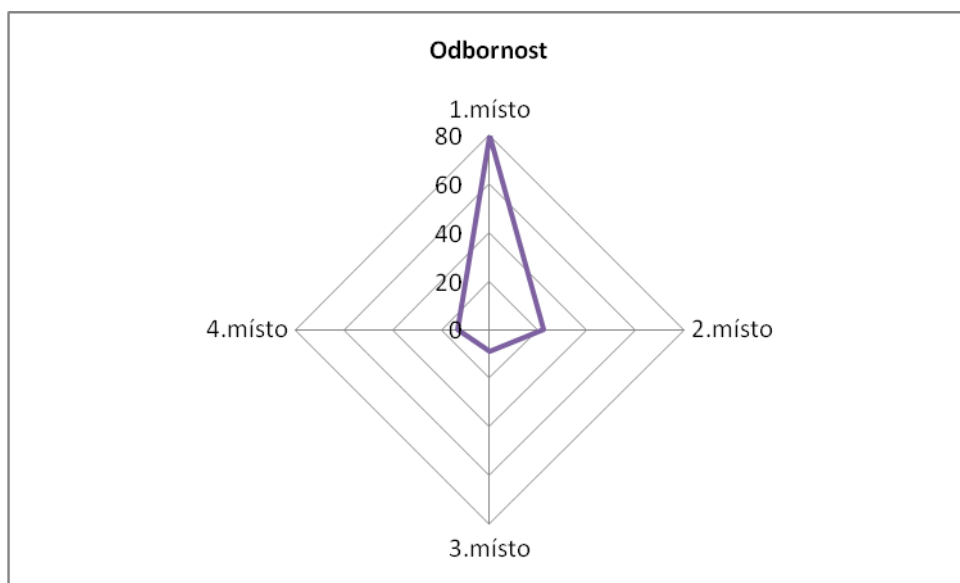
Vlastnost	1. místo	2. místo	3. místo	4. místo	Celkem
Trpělivost	30	30	41	23	124
Podpora	13	37	27	49	126
Vcítění	47	45	18	16	126
Odbornost	82	22	9	12	125

Vlastnost	1. místo	2. místo	3. místo	4. místo	Celkem
Trpělivost	24,2	24,2	33,1	18,5	100
Podpora	10,3	29,4	21,4	38,9	100
Vcítění	37,3	35,7	14,3	12,7	100
Odbornost	65,6	17,6	7,2	9,6	100

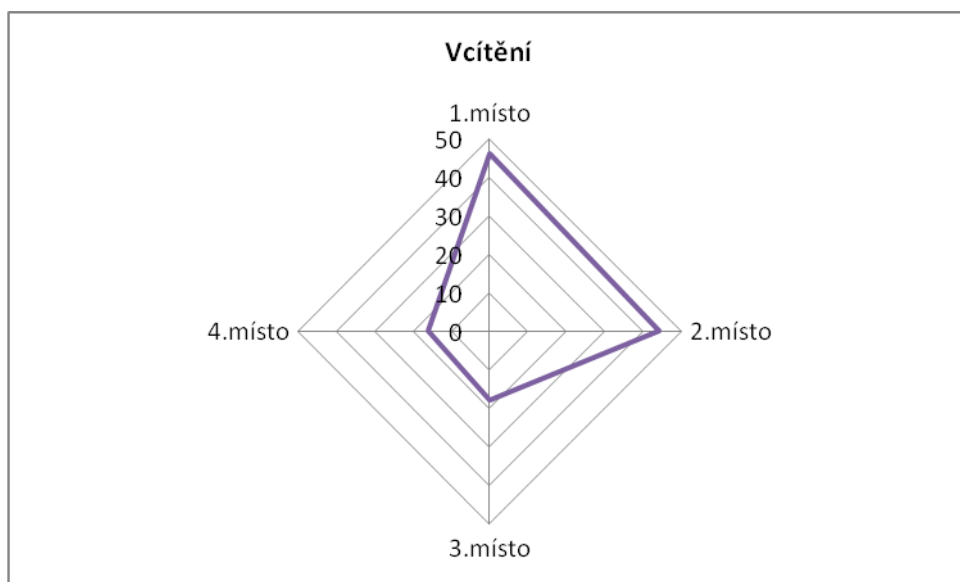


**Tabulka a graf 65 Morální vlastnosti z hlediska důležitosti pro výkon zdravotnického povolání;
vyjádřeno v počtech výzkumných jednotek a v procentech**

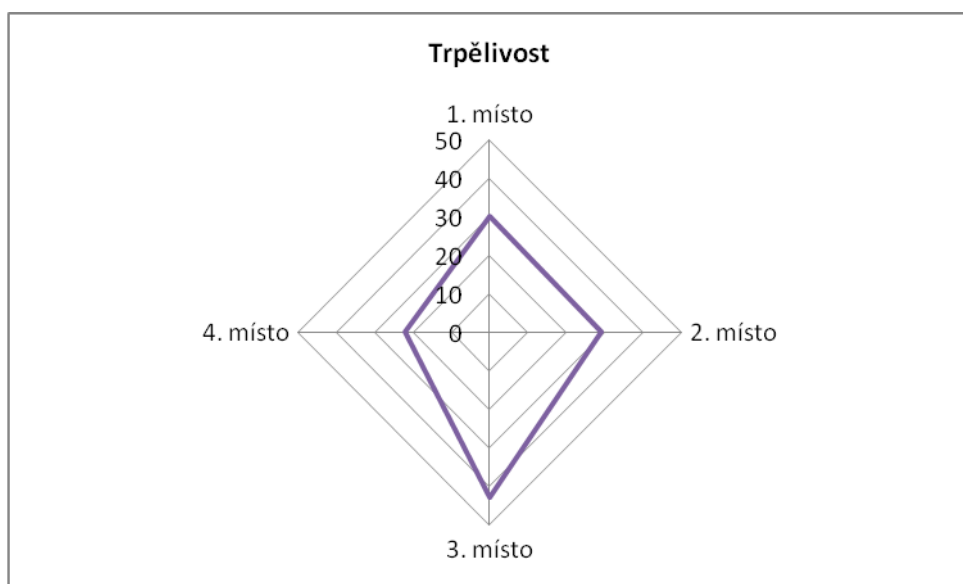
Tabulka a graf znázorňují, jaké pořadí důležitosti pro výkon zdravotnického povolání přiznávají respondenti morálním vlastnostem. Odbornost je hodnocena jako nejdůležitější v 82 případech odpovědí. Za ní následuje vcítění, které označilo za nejvíce důležitou 47 respondentů. Trpělivost je nejdůležitější podle názoru 30 respondentů. Ve 13 případech byla za první nejdůležitější označena náklonnost (spoluúčast, podpora).



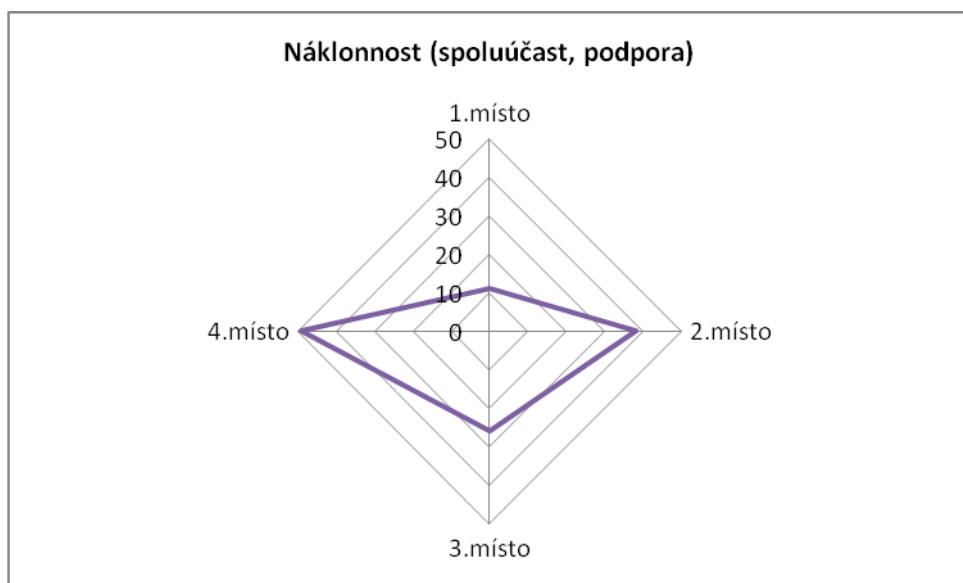
Graf 66 Hodnocení odbornosti z hlediska důležitosti pro výkon zdravotnického povolání



Graf 67 Hodnocení empatie z hlediska důležitosti pro výkon zdravotnického povolání



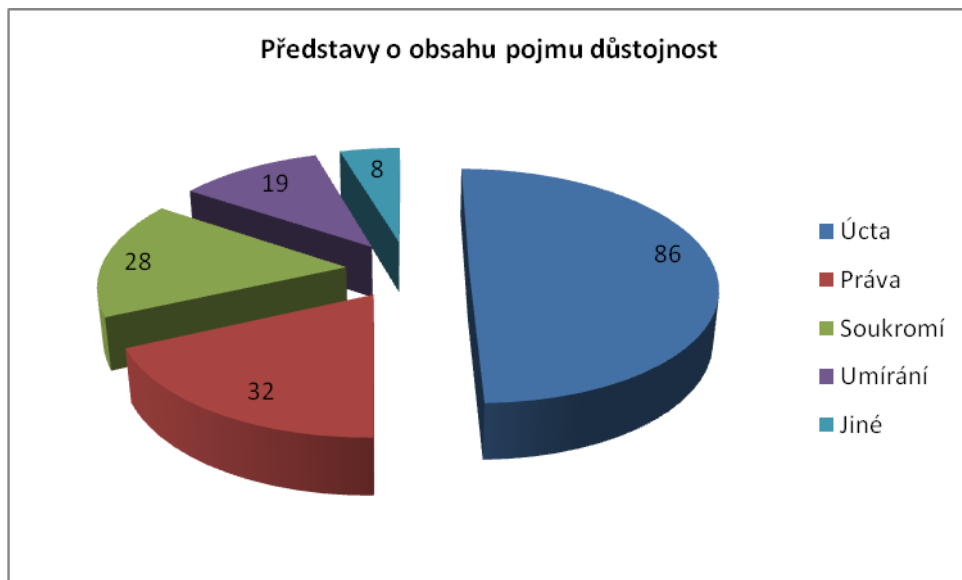
Graf 68 Hodnocení trpělivosti z hlediska důležitosti pro výkon zdravotnického povolání



Graf 69 Hodnocení náklonnosti (spoluúčasti, podpory) z hlediska důležitosti pro výkon zdravotnického povolání

S nejvýraznější převahou je na první místo z hlediska důležitosti zařazena odbornost. Umístilo ji tam 82 (65,6%) respondentů z celkového počtu 125, kteří přiřazovali vlastnostem známky. Morální vlastnosti vcítění a trpělivost vykazují obdobné rozložení hodnot, přičemž výrazněji je na první místo ve 47 (37,3%) případech a druhé místo ve 45 (35,7%) kladena empatie. Je dotazovanými považována za druhou nejdůležitější. Nejrovnoměrněji jsou rozložena hodnocení trpělivosti. Shodný počet 30 (24,2%) respondentů z celkového počtu 124

ji umístilo na 1. a 2. pozici. Druhá polovina odpovědí se rozdělila mezi 3. místo, 41 (33,1%) a poslední místo, 23 (18,5%). Náklonnost (spoluúčast, podpora) je považována nejčastěji, ve 49 (38,9%) případech, za nejméně důležitou pro pomáhající profesionály.



Graf 70 Představy o obsahu pojmu důstojnost

Svou představu o pojmu lidská důstojnost žáci/ studenti vystihovali v nejvíce případech pomocí pojmu úcta k lidské bytosti. Dalšími volbami byla práva pacientů, fyzické soukromí a umírání. Jinými představami o pojmu byla následující vyjádření.

„Právo lidí rozhodovat se za sebe, každý má právo mít zodpovědnost sám za sebe.“

„Správné zásady péče o zemřelého člověka včetně jeho přemísťování.“

„Umírání ne v bolestech, a aby se člověk nemohl o sebe postarat.“

„Právo každého člověka rozhodnout se sám za sebe.“

4.3.8. Kvantitativní šetření v oblasti vzájemných vztahů proměnných

Ve výzkumném vzorku studentů jsem zjišťovala údaje relevantní pro mravní postoje a jednání žáků/ studentů. Nashromážděná data jsem analyzovala takovým způsobem, abych zjistila, existují-li systematické rozdíly z hlediska proměnných mezi dílčími skupinami získanými použitím různých kritérií dělení výzkumného vzorku žáků/ studentů. Stanovila jsem 2 obecné a 3 specifické konceptuální rámce vzájemných vztahů proměnných.

Obecný konceptuální rámec

Nezávisle proměnné (sociální vlastnosti)

- Zkušenost hospitalizovaného pacienta
- Účast na péči o umírajícího pacienta

a závislé afektivní proměnné

- Náзор na respektování práva na fyzické soukromí
- Náзор na respektování práva na ochranu osobních údajů
- Názor může-li být sdělením pravdy o závažném zdravotním stavu pacient poškozen
- Názor může-li být pravda o závažném zdravotním stavu pacientovi zamlčena
- Morální postoj k eutanazii

Specifické konceptuální rámce

Nezávisle proměnná

- Zkušenost hospitalizovaného pacienta

Závisle proměnné

- Názor na respektování práva na soukromí
- Názor na respektování práva na ochranu osobních údajů

Nezávisle proměnná

- Účast na péči o umírajícího pacienta

Závisle proměnné

- Názor může-li sdělení pravdy o závažném zdravotním stavu nemocného poškodit
- Názor může-li být pravda o závažném zdravotním stavu nemocnému zamlčena

Nezávisle proměnná

- Účast na péči o umírajícího pacienta

Závisle proměnná

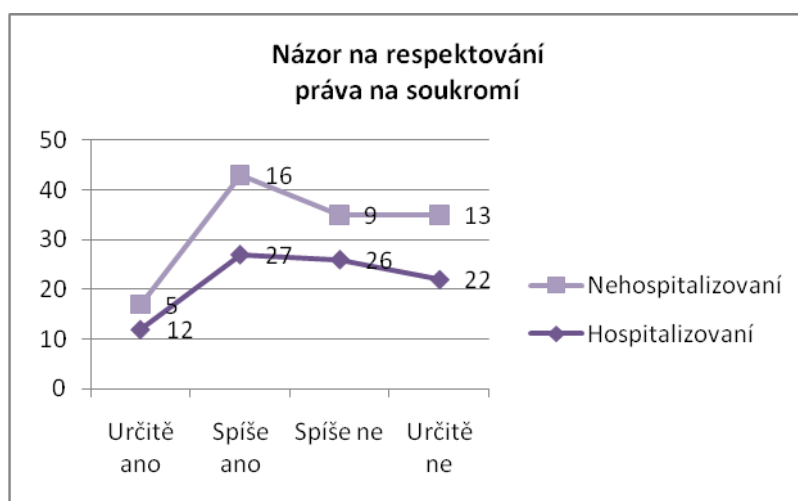
- Morální postoj k eutanazii

Model vzájemného vztahu

- nezávisle proměnná Zkušenost hospitalizace
- závisle proměnná Názor na respektování práva na fyzické soukromí

Žáci/ studenti	Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne	Celkem
Hospitalizovaní	12	27	26	22	87
Nehospitalizovaní	5	16	9	13	43

Žáci/ studenti v %	Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne	Celkem
Hospitalizovaní	13,8	31	29,9	25,3	100
Nehospitalizovaní	11,6	37,2	20,9	30,3	100



Tabulka a graf 71 Rozložení hodnot závisle proměnné Názor na respektování práva na soukromí; vyjádřeno v počtech jednotek výzkumu a v procentech

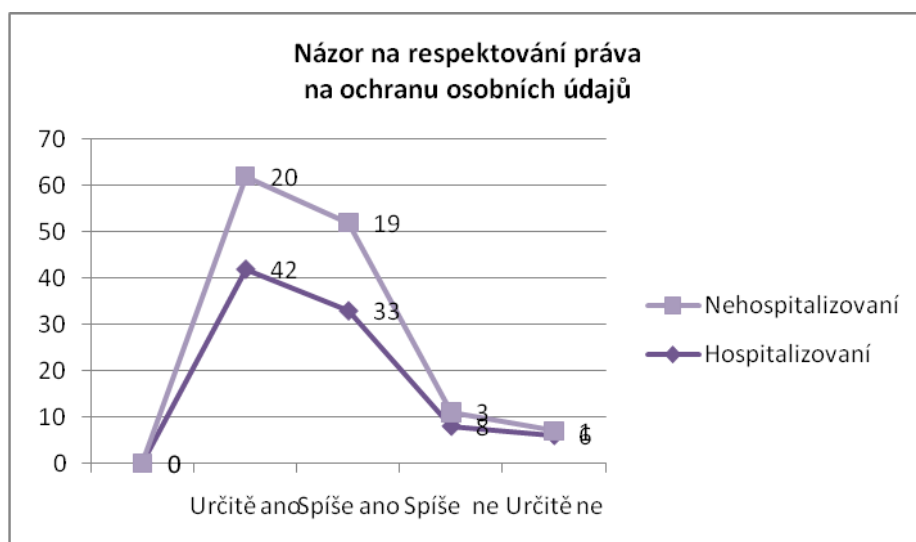
Tabulka a graf rozložení proměnné ve skupině žáků/ studentů, součástí jejichž životní zkušenosti je hospitalizace, dokládají méně výrazné přesvědčení o míře respektování fyzického soukromí pacientů ve srovnání s hospitalizovanými. Z celkového počtu 130 respondentů je 84,5% nehospitalizovaných a 15,5% hospitalizovaných. V obou skupinách nejvíce žáků/ studentů volilo variantu spíše ano a nejméně určitě ano. Výsledky jsou více rozloženy ve prospěch negativních hodnocení. Názory si žáci/ studenti vytvářejí v průběhu odborné praxe v reálném prostředí poskytování zdravotní péče.

Model vzájemného vztahu

- nezávisle proměnná Zkušenost hospitalizace
- závislé proměnná Názor na respektování práva na ochranu osobních údajů

Žáci/ studenti	Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne	Celkem
Hospitalizovaní	42	33	8	6	89
Nehospitalizovaní	20	19	3	1	43

Žáci/ studenti v %	Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne	Celkem
Hospitalizovaní	47,2	37,1	9	6,7	100
Nehospitalizovaní	46,5	44,2	7	2,3	100



Tabulka a graf 72 Rozložení hodnot závisle proměnné Názor na respektování práva na ochranu osobních údajů; vyjádřeno v počtech jednotek výzkumu a v procentech

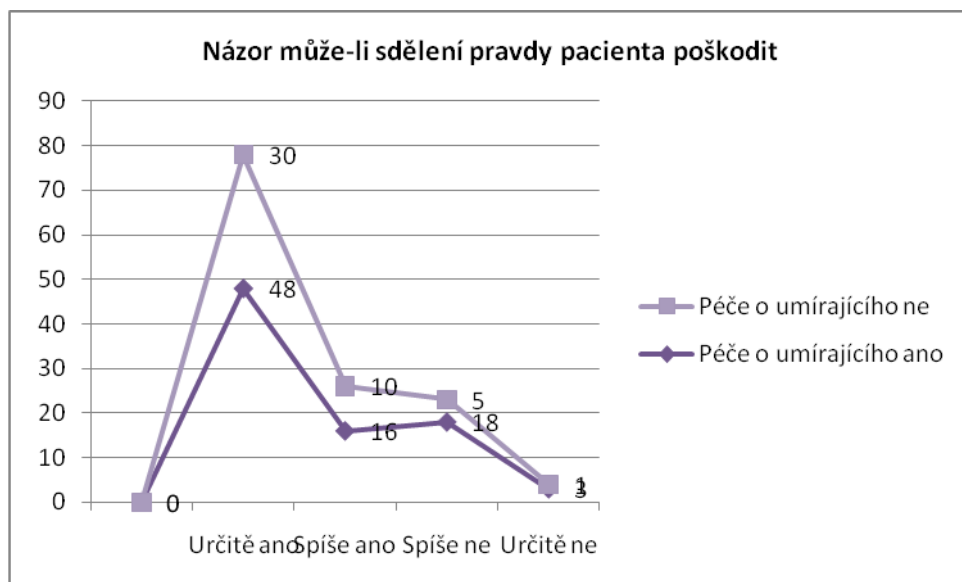
Křivky vykazují shodné profily. V obou skupinách převažuje přesvědčení, že právo nemocných na ochranu osobních údajů je zdravotníky respektováno. Na celkovém počtu 132 odpovědí se 47% podílela varianta určitě ano. Z výsledku je patrné, že rozložení proměnné je homogenní a zkušenost hospitalizovaného pacienta v tomto případě nerozděluje vzorek na dvě rozdílné skupiny.

Model vzájemného vztahu

- nezávisle proměnná Účast na péči o umírajícího
- závislé proměnná Názor může-li pravda o závažném zdravotním stavu nemocného poškodit

Žáci/ studenti	Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne	Celkem
Péče o umírajícího ano	48	16	18	3	85
Péče o umírajícího ne	30	10	5	1	46

Žáci/ studenti v %	Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne	Celkem
Péče o umírajícího ano	56,5	18,8	21,2	3,5	100
Péče o umírajícího ne	65,2	21,7	10,9	2,2	100



Tabulka a graf 73 Rozložení hodnot závisle proměnné Názor může-li pravda o závažném zdravotním stavu nemocného poškodit; vyjádřeno v počtech jednotek výzkumu a v procentech

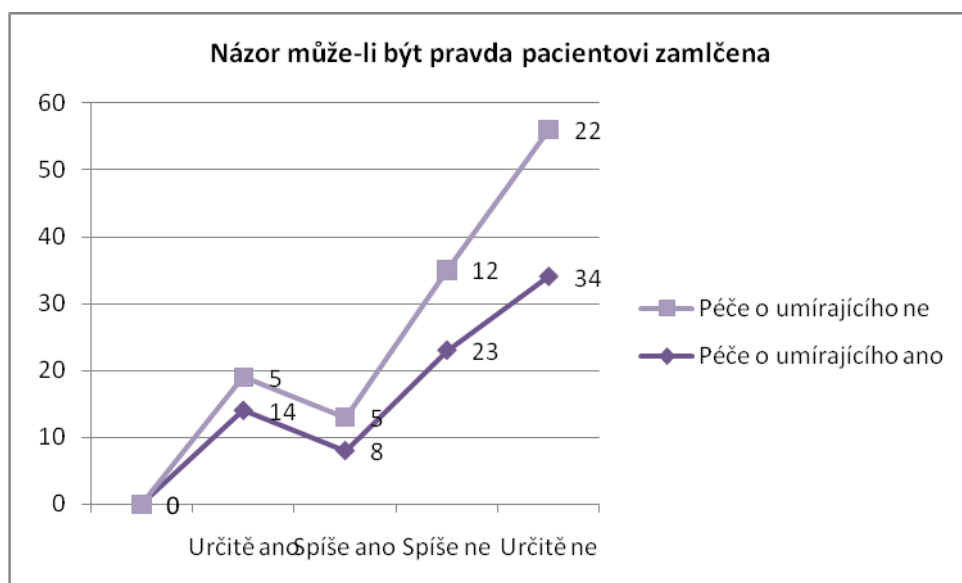
Rozložení hodnot závisle afektivní proměnné vrcholy obou křivek svědčí o skutečnosti, že v obou skupinách respondentů převládá názor, že sdělení pravdy o nepříznivém zdravotním stavu může nemocného poškodit. Předpokládám zde, že účastníci výzkumu mají na mysli poškození nemocného v oblasti prožívání a negativního účinku na proces adaptace na nemoc.

Model vzájemného vztahu

- nezávisle proměnná Účast na péči o umírajícího
- závisle proměnná Názor může-li být pravda o závažném zdravotním stavu nemocnému zamlčena

Žáci/ studenti	Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne	Celkem
Péče o umírajícího ano	14	8	23	34	79
Péče o umírajícího ne	5	5	12	22	44

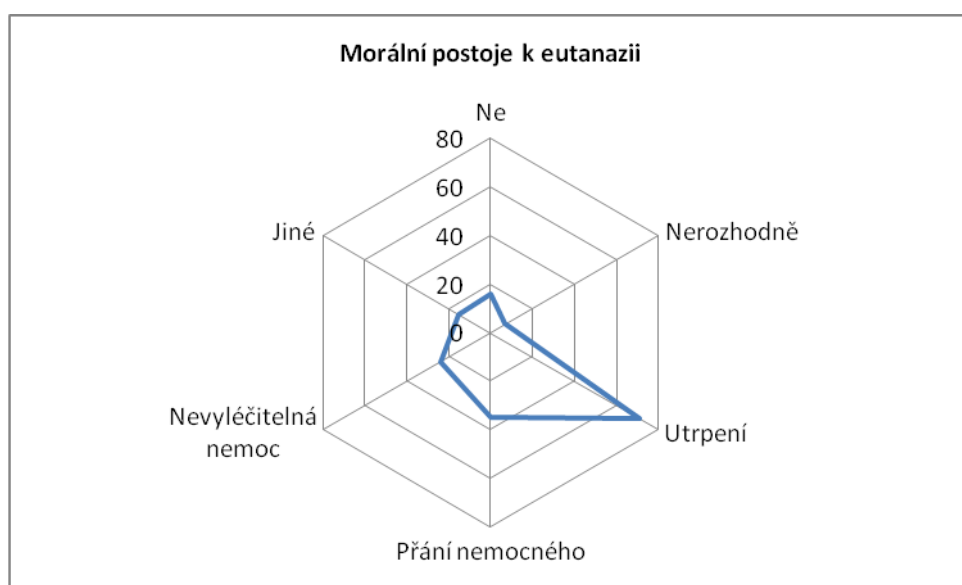
Žáci/ studenti v %	Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne	Celkem
Péče o umírajícího ano	17,7	10,1	29,1	43,1	100
Péče o umírajícího ne	11,4	11,4	27,2	50	100



Tabulka a graf 74 Rozložení hodnot závisle proměnné Názor může-li být pravda o závažném zdravotním stavu nemocnému zamlčena; vyjádřeno v počtech jednotek výzkumu a v procentech

Rozložení hodnot závislé afektivní proměnné je shodné u obou skupin respondentů. Vrchol se nachází u odpovědi určitě ne. Je nanejvýš pravděpodobné, že názor je součástí odborného povědomí o právech pacientů na základě práva na sebeurčení.

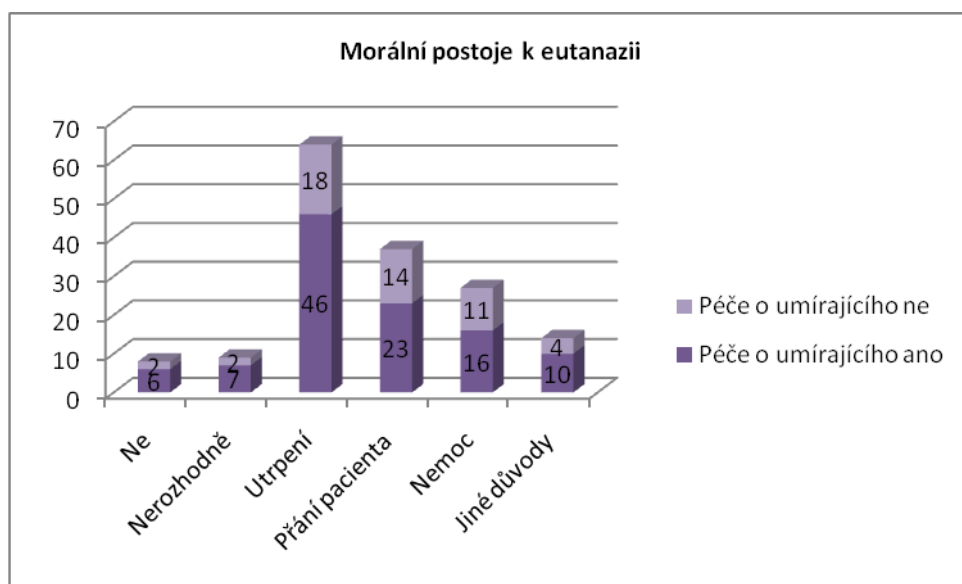
Odpověď	Počet	Podíl v %
Ne	16	9,52
Nerozhodně	7	4,17
Utrpení	71	42,26
Přání nemocného	35	20,83
Nevyléčitelná nemoc	24	14,29
Jiné	15	8,93
Celkem	168	100



Tabulka a graf 75 Morální postoje k eutanazii v celém výzkumném vzorku žáků/ studentů

Varianty	Ne	Nerozhodně	Utrpení	Přání pacienta	Nemoc	Jiné důvody	Celkem
Péče o umírajícího ano	6	7	46	23	16	10	108
Péče o umírajícího ne	2	2	18	14	11	4	51

Varianty v %	Ne	Nerozhodně	Utrpení	Přání pacienta	Nemoc	Jiné důvody	Celkem
Péče o umírajícího ano	5,6	6,5	42,6	21,3	14,8	9,2	100
Péče o umírajícího ne	3,9	3,9	35,3	27,5	21,6	7,8	100



Tabulka a graf 76 Morální postoje k eutanazii – kritérium rozdělení účast na péči o umírajícího; vyjádřeno v počtech jednotek výzkumu a v procentech

Dominuje kladný postoj k eutanazii při nesnesitelném utrpení nemocného. Z celkového počtu 108 odpovědí ve skupině respondentů, kteří se podíleli na péči o umírající pacienty, se objevil ve 46 (42,6%) případech. Pojem utrpení specifikovali zejména ve smyslu bolesti a ztráty lidské důstojnosti. Ve více případech zdůvodňovali svůj schvalující postoj úlevou od nejzazšího stupně bolesti a utrpení nemocného. Varianta ano, na přání nemocného byla téměř vždy volena společně s variantou ano, při nesnesitelném utrpení. Respondenti vnímají vzájemnou souvislost mezi trápením a vlastní žádostí nemocného ukončit jej. Rovněž na třetím místě se v obou skupinách objevila nevyléčitelná nemoc, která je spojována s dlouhodobým upoutáním na lůžko a snížením kvality života. Jinými důvody, kterými žáci/ studenti odůvodňují svůj kladný postoj k eutanazii, jsou dlouhodobé napojení na přístroje nebo bezvědomí a neschopnost sebezpěče. Nerozhodné postoje byly vyjádřeny v několika případech a nebyly dále vysvětlovány. Nejméně respondentů eutanazii odmítá. Nesouhlas byl zdůvodněn možnostmi změny rozhodnutí nemocného a obavou z možného zneužití. Posledně jmenovaný motiv se objevuje formou poznámky u více odpovědí různých variant. Žáci/ studenti upozorňují rovněž na nutnost ošetření zákonnými normami. Zajímavý je názor, že pro těžce nemocného je nejdůležitější dobrá ošetrovatelská péče. Ve skupinách respondentů rozdělených pomocí kritéria, kterým byla účast na péči o umírající, je rozložení hodnot závisle proměnných totožné.

Konceptuální rámec

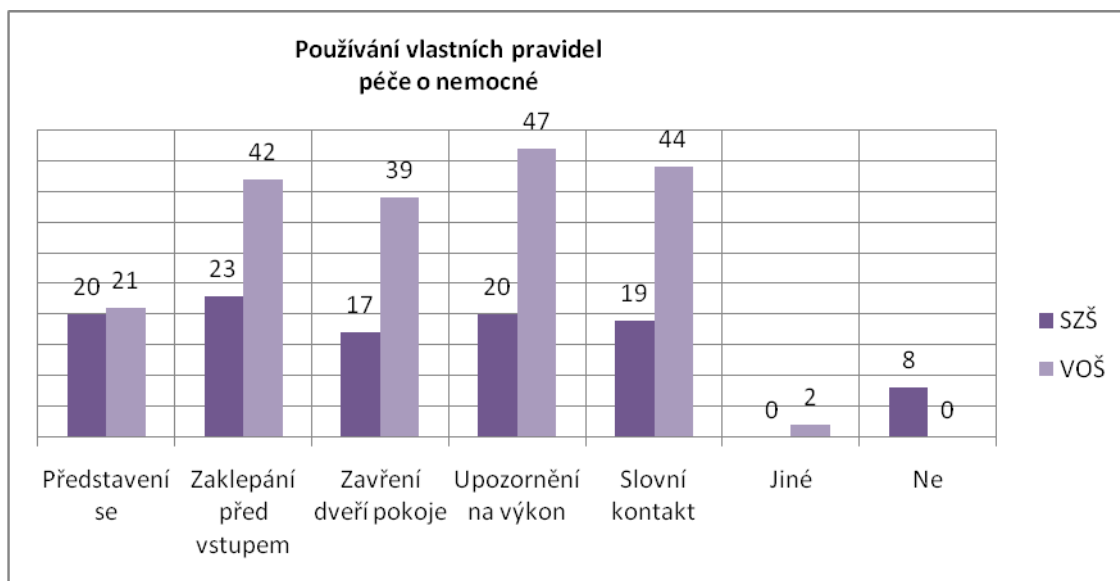
Nezávisle proměnné

- Příslušnost ke 4. ročníku střední zdravotnické školy a 4. ročníku zdravotnického lycea
- Příslušnost ke 2. a 3. ročníku vyšší odborné školy

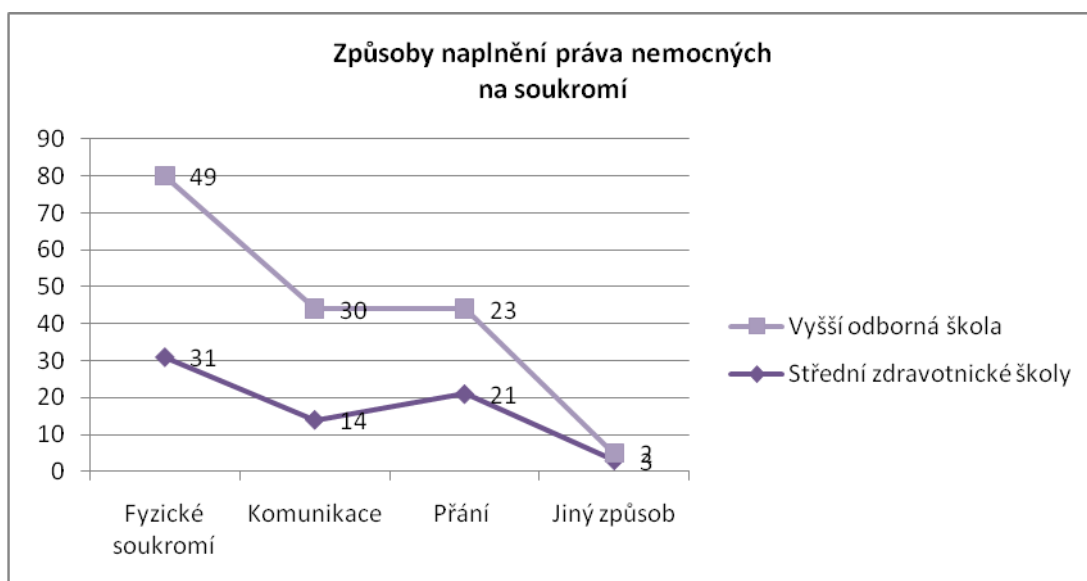
Závisle proměnné

- Aplikace vlastních pravidel péče o nemocné
- Způsoby naplnění práva nemocných na soukromí

Odpověď	Představení se	Zaklepání před vstupem	Zavření dveří pokoje	Upozornění na výkon	Slovní kontakt	Jiné	Ne	Celkem
SZŠ	20	23	17	20	19	0	8	107
VOŠ	21	42	39	47	44	2	0	195



Tabulka a graf 77 Aplikace vlastních pravidel péče o nemocné



Graf 78 Způsoby naplnění práva nemocných na soukromí

Žáci středních zdravotnických škol a studenti vyšších odborných škol plní povinnost respektovat soukromí nemocných praktickými způsoby, z nichž nejvíce častým je ochrana fyzického soukromí ve smyslu zakrytí nahoty před osobami nacházejícími se v okolí, způsobem polohování nemocného na lůžku, umístěním zástěny mezi lůžka nemocných nebo požádáním ostatních pacientů, aby po dobu nezbytně nutnou opustili pokoj nemocného. Specifický způsob komunikace s nemocným tak, aby sdělení neslyšela další osoba a respektování jeho přání aplikují obě skupiny respondentů ve srovnatelném rozsahu.

4.3.9. Závěry šetření

V celém průběhu výzkumu jsem se snažila o co nejvěrnější vystižení reality etické oblasti odborného vzdělávání a její detailní deskripci. Postupně jsem extrahovala podoby vzájemných vztahů mezi proměnnými, vyjadřovala je nejprve pomocí statistických dat a transformovala do předmětných pojmů. Postupným systematickým vytvářením vzájemných souvislostí mezi pedagogickými a etickými jevy se mi podařilo nalézt odpovědi na otázky, které jsem si položila na začátku. Byla to pro mne cesta plná cenných poznání a prošla jsem jí s nadšením zdravotníka, který se zajímá o to, jak připravené vstupují sestry do svého profesionálního života a přistupují ke svým nemocným.

Vraťme se tedy k otázkám a připojme odpovědi.

- Jaký je vztah mezi sociálními vlastnostmi žáků/ studentů, působením pedagogického procesu prostřednictvím odborných předmětů a jeho výsledky ve formě profesionálních mravních postojů?
- Podařilo se mi prokázat, že existuje přímá závislost eticky profesionálního jednání na úrovni morálního vývoje žáků a studentů zdravotnických oborů a vlivu školy prostřednictvím výuky odborných předmětů. Žáci a studenti jsou zpravidla silně motivováni k volbě zdravotnického povolání. Důvodem volby je nejčastěji pomoc člověku. Tato skutečnost také podle mé zkušenosti udává způsob přístupu ke studiu a přípravě na budoucí povolání, o kterém nelze uvažovat a vykonávat jej bez přirozené mravnosti.
- Jaký je vztah mezi změnami v oblasti prožívání a chování žáků/ studentů jako výsledky odborného vzdělávání a jejich připraveností k péči o nemocné v psychosociální oblasti?
- Definice připravenosti k péči o nemocné v psychosociální oblasti se odvozuje od mravních vlastností zdravotníka a jasných postojů k vlastnímu životu a smrti. Proto je tato oblast péče jádrem etiky ošetrovatelského povolání. Zjistila jsem, že příprava k eticky profesionálnímu jednání není insuficientní. Nabízí žákům a studentům velmi výjimečné příležitosti k osobnostnímu zrání právě tím, že její součástí je sociální zkušenost vztahu pomoci.

- Jaké jsou determinanty úspěchu při vytváření profesionálních mravních postojů?
- Úspěch etické výchovy a výuky spočívá zejména ve vlastnostech pedagoga a jeho senzitivě ve vztahu ke svým žákům a studentům. Oblast odborného vzdělávání je specifická tím, že pedagogy se stávají zpravidla příslušníci zdravotnického povolání. Hlavním mechanismem působení má být identifikace žáka s odborným učitelem.
- Které prvky konstituují soubor výstupních předpokladů absolventů studia v etické oblasti pro praxi poskytování ošetrovatelské péče?
- Zodpovědně mohu prohlásit, že potenciál etického jednání sester se zakládá na osobnostních dispozicích pro výkon pomáhajícího povolání, zejména emocionální výbavě člověka, kladnému vztahu k lidem, zaujatých profesionálních postojích a dovednostech komunikovat s nemocnými. Účelem pedagogického procesu a podmínkou jeho účinnosti je podpora žáků a studentů v učení se jak mravně poskytovat ošetrovatelskou péči.

Souhlasím, s tím, aby má rigorózní práce byla půjčována ke studijním účelům. Žádám, aby citace byly uváděny způsobem užívaným ve vědeckých pracích a aby se vypůjčovatelé řádně zapsali do přiloženého seznamu.

V Pelhřimově dne 21. 3. 2011

Podpis:

Pořadové číslo	Jméno čtenáře	Číslo ISIC karty	Bydliště	Datum

5. Seznam použité literatury

- Anzenbacher, A.: Úvod do filozofie. Praha: SPN, 1991.
- Anzenbacher, A.: Úvod do etiky. Praha: Zvon, 1994.
- Aristoteles: Etika Nikomachova. Praha: Petr Rezek, 1996.
- Aristoteles: Moralia magna. Praha: Petr Rezek, 2005.
- Bělík, J.: Čítanka pocitů. Čtení o etickém působení sester. Praha: Victoria Publishing, 1995.
- Blumenthal – Barby, K.: Kapitoly z thanatologie. Praha: Avicenum, 1987.
- Brázda, R.: Úvod do srovnávací etiky. Praha: KLP, 1998.
- Bureš, R.: Základy etiky. Praha: S a M, 1991.
- Callahan, D.: What kind of life. New York: Simon and Shuster, 1990. 318 p.
- Cichá, M., Dorková, Z.: Didaktika praktického vyučování zdravotnických předmětů 1 Olomouc: Univerzita Palackého, 2006.
- Duínová, N., Sutcliffová, J.: Historie medicíny. Praha: Slovart, 1997.
- Direktiva Evropské komise III/ D/ 5011/ 6/ 89 ze dne 25. 4. 1990. Předběžná zpráva o primární zdravotní péči ve vzdělávání zdravotních sester a ošetřovatelů, kteří jsou zodpovědní za všeobecnou péči.
- Direktiva Evropské komise III/ F/ 5370/ 5/ 90 ze dnů 7. - 8. 4. 1992. Doporučení pro hlavní směry o včlenění primární zdravotnické péče do vzdělávání zdravotních sester a ošetřovatelů, kteří jsou zodpovědní za všeobecnou péči.
- Direktiva Evropské komise III/ F/ 5004/ 5/ 93 ze dne 16. - 17. 11. 1994. Doporučení pro doškolování a další vzdělávání v ošetřovatelství.
- Direktiva Evropské komise /XV/ E/ 8301/ 4/ 94 ze dnů 16. - 17. 11. 1994. Zpráva a doporučení o hlavních směrech pro vzdělávání v péči o staré lidi.
- Direktiva Evropské komise XV/ E/ 9432/ 7/ 96/ ze dnů 17. – 18. 4. 1997. Zpráva a doporučení ke vzdělávání zdravotních sester a ošetřovatelů zodpovědných za všeobecnou zdravotní péči v Evropské Unii.
- Direktiva Evropské komise XV/ E/ 8481/ 4/ 97 ze dne 13. 1. 1998. Zpráva a doporučení k požadovaným odborným kompetencím zdravotních sester a ošetřovatelů, kteří jsou zodpovědní za všeobecnou zdravotní péči v Evropské Unii.
- Fišerová, J.: Etika v ošetřovatelství. Brno: IDVPZ, 1995.
- Fialová, L., Kouba, P., Špaček, M.: Medicína v kontextu západního myšlení. Praha: Galén, Karolinum, 2008.
- Friedman, R. E.: Mizení boha. Praha: Argo, 1999.
- Gluchman, V. a kol.: Dejiny etiky I. Prešov: Filozofická fakulta PU, 2003.

- Haškovcová, H.: Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1989.
- Haškovcová, H.: Informovaný souhlas. Proč a jak? Praha: Galén, 2007.
- Haškovcová, H.: Lékařská etika. Praha: Galén, 1997.
- Haškovcová, H.: Lékařská etika. Praha: Galén, 2002.
- Haškovcová, H.: Práva pacientů. Komentované vydání. Havířov: Nakladatelství A. Kutilové, 1996.
- Haškovcová, H.: Rub života – líc smrti. Praha: Orbis, 1975.
- Haškovcová, H.: Thanatologie. Nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2000.
- Heidbrink, H.: Psychologie morálního vývoje. Praha: Portál, 1997.
- Hendl, J.: Přehled statistických metod zpracování dat. Analýza a metaanalýza dat. 1. vydání. Praha: Portál, 2004.
- Honneth, A.: Sociální filosofie a postmoderní etika. Praha: Filosofický ústav AV ČR, 1996.
- Honzák, R.: Komunikační pasti v medicíně. 2., doplněné vydání, Praha: Galén, 1999.
- Huxley, A.: Věčná filozofie. Praha: Onyx 2001.
- Charta pracovníků ve zdravotnictví. Dokument Papežské rady pro pastorační práci mezi zdravotníky. Z ital. orig. přel. Koláček, J. Praha: Zvon, 1995.
- Chrástka, M.: Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007.
- Ivanová, K., Klos, R.: Kapitoly z lékařské etiky. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004.
- Ivanová K.: Základy etiky a organizační struktury ve zdravotnictví. Brno: NCONZO 2006.
- Jankovský, J.: Etika pro pomáhající profese. Praha: Triton, 2003.
- Jarošová, D.: Úvod do komunitní péče. Praha: Grada, 2007.
- Kment, M., Haškovcová, H.: Zpráva o činnosti Centrální etické komise Ministerstva zdravotnictví České republiky v letech 1990 -1992. *Časopis lékařů českých*, 132, 1993, č. 5, s. 148 – 151.
- Kolář, P., Svoboda, V.: Logika a etika. Praha, 1998.
- Kopřiva, K.: Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál, 1997.
- Kořenek, J.: Lékařská etika. Olomouc: LF UP, 2001.
- Kratochvílová-Miedzgová, J.: Etika pro střední školy. Praha: Kvarta, 1996.

- Křivohlavý, J.: Vážně nemocný mezi námi. Praha: Avicenum, 1989.
- Kúbler - Rossová, E.: Hovory s umírajícími. Praha: Signum unitatis, 1992.
- Langmeier, J., Krejčířová, D.: Vývojová psychologie. Praha: Grada, 2006.
- Lorenz, K.: Odumírání lidskosti. Praha: Mladá fronta, 1997.
- Lorenz, K.: Takzvané zlo. Praha: Mladá fronta, 1992.
- Mach, J. a kol.: Zdravotnictví a právo. Praha: Orac, 2003.
- Machovec, D.: Dějiny antické filozofie. Praha, FF UK, SPN 1968, nové vydání Jirčany: H+H, 1993.
- Macintyre, A.: Ztráta ctnosti. Praha: Oikoymenth, 2004.
- Malý, I.: Lékařská etika v chirurgii. Praha: Galén, 1998.
- Miličević, N.: The hospice movement: History and current worldwide situation. *Archive of Oncology*. 2002, s. 29-32.
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky: Učební dokumenty. Kmenový obor: 5341M Ošetrovatelství. Studijní obor: 53-41-M/ 001 Všeobecná sestra. Praha: MŠMT ČR, 1992.
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky: Učební dokumenty. Kmenový obor 5341N Ošetrovatelství. Studijní obor 53-41-N/ 001 Diplomovaná všeobecná sestra. Praha: MŠMT ČR, 2004.
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky: Učební dokumenty. Kmenový obor: 53-41-M Ošetrovatelství. Studijní obor: 53-41-M/ 007 Zdravotnický asistent. Praha: MŠMT ČR, 2004.
- Munzarová, M.: Etická doporučení k péči o smrtelně nemocné a umírající. *Praktický lékař*, 2000, roč. 80, s. 550 - 552.
- Munzarová, M.: Eutanazie, nebo paliativní péče? Praha: Grada., 2005.
- Munzarová, M.: Lékařský výzkum a etika. Praha: Grada, 2005.
- Munzarová, M.: Universal Declaration of Human Rights (10. 12. 1948). United Nations, Office of Public Information. 2005, s. 84.
- Munzarová, M.: Zdravotnická etika od A do Z. Praha: Grada, 2005.
- Nietzsche, F.: Genealogie morálky. Praha: Aurora, 2002.
- Nightingale, F.: Kniha o ošetrování nemocných. Praha: J. Otto, 1874.

- Novák, J., P., Bahounek, J.: Lékařská deontologie. Brno: Rozrazil, 1990.
- Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících. Rada Evropy, 1418/ 1999.
- Ondok, J. P.: Bioetika. Svitavy: Trinitas, 1999.
- Patočka, J.: Tělo, společenství, jazyk. Praha: Oikoymenh 1995.
- Pavlíková, S.: Ošetrovatelské modely v kostce. Praha: Grada, 2005.
- Payne, J.: Hermeneutická etika. Praha: Triton, 1995.
- Pollard, B.: Eutanazie - ano či ne? Praha: Dita, 1996.
- Průcha, J.: Pedagogický výzkum. Uvedení do teorie a praxe. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 1995.
- Punch, Keith F.: Základy kvantitativního šetření. 1. vydání. Praha: Portál, 2008.
- Ricken, F.: Obecná etika. Praha: ISE, Oikoymenh, 1995.
- Robinson, D., Garrat, Ch.: Etika. Praha: Portál, 2004.
- Rodhe, E.: Etika ošetrovatelství. Praha: Orbis, 1941.
- Rokyta, R., Kršiak, M., Kozák, J.: Bolest. Praha: Tigis, 2006.
- Růžička, M.: Informace a dobro. Praha: Ježek, 1993.
- Saunders, C.: Hospice and palliative care. London: Edward Arnold, 1991. 120 s.
- Saunders, C.: The History of the Hospice Movement's Beginning. *Ethics & Medicine*, 1999, vol. 15, s. 74-77.
- Skoblík, J.: Přehled křesťanské etiky. Praha: Karolinum, 2004.
- Slabý, A., Slabý, J.: Spor o status lidské osoby v bioetice. *Trendy v medicíně*, 2000, roč. 2, č. 2, s. 107-112.
- Sloterdijk, P.: Na jedné lodi. Olomouc: Votobia, 1997.
- Slováčková, B.: Metoda měření morální kompetence. *Pedagogika*, 51, 2001, s. 197 – 205.
- Spaeman, R.: Základní mravní pojmy a postoje. Praha: Svoboda, 1995.
- Stolínová, J.: Etika a právo v lékařské praxi. Praha: Avicenum, 1990.
- Stolínová, J., Mach, J.: Právní odpovědnost v medicíně. Praha: Galén, 1998.

Šimek J., Špalek V.: Filozofické základy lékařské etiky. Praha, Grada Avicenum, 2003.

Thompson, M.: Přehled etiky. Praha: Portál, 2004.

Tugendhat, E.: Tři přednášky o problémech etiky. Praha: Mladá fronta, 1998.

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Oviedo, Rada Evropy 1997.

Vondráček, L.: Co by měl vědět pacient. Praha: VZP ČR, 2002.

Vondráček, L., Vondráček, J.: Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče. Praha: Grada, 2003.

Vorlíček, Z., Adam, Z. a kol.: Paliativní medicína. Praha: Grada Publishing, 1998.

Všeobecná deklarace lidských práv. Valné shromáždění OSN: 10. 12. 1948

Vyhláška č. 39/ 2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání.

Vysvětlující zpráva k Úmluvě Rady Evropy č. 164, na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluvě o lidských právech a biomedicíně, 17. prosince 1996.

WHO, oblastní úřadovna pro Evropu: Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2000.

WHO, oblastní úřadovna pro Evropu: Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky 5. Portfolio inovačních praktik v ošetrovatelství a porodní asistenci primární zdravotní péče. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2002.

WHO, oblastní úřadovna pro Evropu: Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky 5. Portfolio inovačních praktik v ošetrovatelství a porodní asistenci primární zdravotní péče. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2003.

[www.mzcr.cz/data/c221/lib/164vz-umluva.rtf\(28.6.2007\)](http://www.mzcr.cz/data/c221/lib/164vz-umluva.rtf(28.6.2007))

6. Seznam příloh

1. Hippokratova přísaha
2. Etický kodex České lékařské komory
3. Etický kodex Mezinárodní rady sester
4. Práva pacientů
5. Dotazník pro pedagogy
6. Dotazník pro studenty

Hippokratova přísaha

„Přisahám při lékaři Apollonovi a Asklepiovi a Hygiei a Panacei a při všech bozích a bohyních, jež беру za svědky, že budu plnit podle svých schopností a podle svého úsudku tuto přísahu a smlouvu:

Budu považovat toho, který mě naučil tomuto umění, za rovnocenného svým rodičům a budu žít svůj život v partnerství s ním; bude-li mít potřebu peněz, rozdělím se s ním o svůj díl; budu se dívat na jeho potomky tak jako na své bratry v mužské linii a budu je učit tomuto umění – budou-li si přát být tomuto učení, a to bez odměny a bez smluvní listiny; podělím se o předpisy, ústní instrukce a o všechny ostatní vědomosti se svými syny a se syny toho, který mě učil, a s žáky, kteří podepsali závazek a složili přísahu dle lékařského zákona, ale s nikým jiným.

Budu aplikovat dietetická opatření pro dobro nemocných podle svých schopností a podle svého úsudku; budu je chránit před poškozením a před křivdou.

Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhuji. Podobně nepodám ženě abortivní prostředek. V čistotě a v posvátnosti budu střežit svůj život a své umění.

Nepoužiji nože, dokonce ani ne u lidí trpících kameny, ale ustoupím ve prospěch těch, kteří se zabývají touto prací.

Navštívím-li kterýkoliv dům, přijdu pro blaho nemocného a budu prost jakékoliv záměrné nepravosti, veškeré zlomyslnosti a obzvláště sexuálních vztahů, ať se ženami nebo s muži, ať se svobodnými nebo s otroky.

Cokoliv uvidím nebo uslyším v průběhu léčení nebo dokonce mimo léčení v pohledu na život lidí, to, co se v žádném případě nesmí šířit mimo dům, vše si nechám pro sebe; vždyť bych se musel stydět o tom mluvit.

Jestliže splním tuto přísahu a neporuším ji, mohu mít zaručeno, že se budu radovat ze života a z umění a že budu ctěn a proslulý mezi všemi lidmi na všechny časy, které přijdou; jestliže ji však poruším a budu přísahat falešně, ať je opak toho všeho mým údělem.“⁸³

⁸³ Edelstain in Munzarová, 2005, s. 19 -20.

Etický kodex České lékařské komory

I. oddíl

Obecné zásady

1. Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví každého člověka bez rozdílu v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.
2. Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení, a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sexuální orientaci, sociální postavení, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.
3. Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem, nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku, ohrožují základní lidská práva.
4. Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný.
5. Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře.

II. oddíl

Lékař a výkon povolání

1. Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a jsou prakticky dostupné, a které považuje pro nemocného za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).
2. Každý lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc.

3. Lékař musí plnit své povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při katastrofách přírodní nebo jiné povahy.
4. Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovně přetížen nebo je-li přesvědčen, že nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Je povinen doporučit, v případě souhlasu nemocného, zajistit vhodný postup v pokračování léčby.
5. Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu (nebo spoluúčasti na něm), který odporuje jeho svědomí.
6. Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost, nebo které vykazují účinky dopingového typu, k jiným než léčebným účelům.
7. Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium není přípustné.
8. U transplantací se lékař při odběru orgánů zemřelých řídí příslušnými předpisy. Odběru orgánů nesmí být zneužito ke komerčním účelům.
9. Lékař je v zájmu pacienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství s výjimkou případů, kdy je této povinnosti souhlasem pacienta zbaven nebo když je to stanovené zákonem.
10. Lékař, který vykonává své povolání, je povinen odborně se vzdělávat.
11. Lékař je povinen při výkonu povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou. Ve všech případech je nutná patřičná ochrana znemožňující záměnu, zničení nebo zneužití.
12. Lékař nesmí své povolání vykonávat formou potulné praxe.
13. Lékař nesmí sám nebo po dohodě s jinými ordinovat neúčelné léčebné, diagnostické a jiné úkony ze ziskových motivů. V rámci své pravomoci nesmí poskytovat odborně neodpovídající vyjádření, z nichž by plynuly občanům neoprávněné výhody.

14. Pokud lékař doporučí ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta.
15. Lékař se podle uvážení účastní na prezentaci a diskusi medicínských témat na veřejnosti, v tisku, v televizi, rozhlasu, musí se však vzdát individuálně cílených lékařských rad a doporučení pro svůj lékařský prospěch.
16. Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitační činnosti, cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.
17. Nový způsob léčení je možné použít u nemocného až po dostatečných biologických zkouškách, za podmínek dodržení Helsinské konvence a Norimberského kodexu, pod přísným dohledem a pouze tehdy, pokud pacienta nepoškozuje.
18. Lékař si má být vědom své občanské úlohy i vlivu na okolí.

III. oddíl

Lékař a nemocný

1. Lékař plní vůči každému nemocnému odpovědně a svědomitě své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.
2. Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí, nesníží se k hrubému, násilnickému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.
3. Lékař se má vzdát paternalistických pozic v postoji vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy a povinnostmi, včetně zodpovědnosti za vlastní zdraví.
4. Lékař je povinen nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat.

5. Zadržení informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře. V těchto případech by měl lékař, pokud nemocný neurčí jinak, informovat rodinné příslušníky pacienta nebo osoby jemu blízké.
6. Lékař nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.

IV. oddíl

Vztahy mezi lékaři

1. Základem vztahů mezi lékaři je vzájemné čestné, slušné a společensky korektní chování spolu s kritickou náročností, respektováním kompetence, přiznáním práva na odlišný názor.
2. Lékař v zájmu své stavovské cti s ohledem na pověst lékařské profese nesmí podceňovat a znevažovat profesionální dovednosti, znalosti i poskytované služby jiného lékaře nebo lékařů, natož používat ponižujících výrazů o jejich osobách, komentovat nevhodným způsobem činnost ostatních lékařů v přítomnosti nemocných a lékařů.
3. Lékař kolegiálně spolupracuje s těmi lékaři, kteří současně nebo následně vyšetřují či léčí stejného pacienta. Předává-li z důvodných příčin nemocného jinému lékaři, musí mu odevzdat zjištěné nálezy a informovat ho o dosavadním průběhu léčby.
4. Lékař je povinen požádat dalšího nebo další lékaře o konzilium vždy, když si to vyžadují okolnosti a nemocný souhlasí. Je právem lékaře zdůvodnit a navrhnout osobu konzultanta. Závěry konziliárního vyšetření mají být dokumentovány zásadně písemnou formou a je povinností o nich informovat nemocného, se zvláštním důrazem tehdy, pokud se názory lékařů liší, a je právem lékaře vzdát se dalšího léčení, pokud se nemocný přikloní k jinému názoru konzultanta.
5. Lékař musí svou praxi vykonávat zásadně osobně. Zastupován může být jen dočasně, a to lékařem vedeným v seznamu lékařské komory a splňujícím potřebné odborné předpoklady.

V. oddíl

Lékař a nelékař

1. Lékař spolupracuje se zdravotnickými pracovníky vyškolenými ve specializovaných činnostech. Pověří-li je diagnostickými a léčebnými úkoly a dalšími procedurami, musí se přesvědčit, zda jsou odborně, zkušenostmi i zodpovědností způsobilí tyto úkony vykonávat.

2. Lékaři není dovoleno vyšetřovat nebo léčit osobou, která není lékařem a nepatří k zdravotnímu personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u lékaře vzdělávají nebo pracují v lékařských oborech, a další osoby, s jejichž přítomností pacient souhlasí, pokud není lékařsky zdůvodněných námitek.

Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester

Úvod

Sestry mají čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetrovatelské péče je všeobecná.

Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou.

Ošetrovatelská péče není omezena, pokud jde o věk, barvu pleti, vyznání, kulturní zvyklosti, postižení nebo nemoc, pohlaví, národnost, politické přesvědčení, rasu nebo společenské postavení pacienta.

Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám a komunitám a koordinují svoje služby se službami jiných oborů.

Kodex ICN

Etický kodex sester připravený ICN má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování.

Články Kodexu

1. Sestry a spoluobčan

Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují.

Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.

Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.

Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace pacienta. Tyto informace sděluje dalším lidem pouze na základě souhlasu pacienta a lékaře.

Sestra se spolupodílí na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra je také spoluzodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

2. Sestry a jejich ošetrovatelská praxe

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelské činnosti a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným celoživotním studiem. Sestra je povinna realizovat co možná nejvyšší úroveň poskytované péče.

Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.

Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti.

Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

3. Sestry a profese

Sestra hraje rozhodující roli při určování, vytváření a realizaci norem ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání.

Sestra se prostřednictvím profesní, odborové nebo jiné organizace podílí na vytváření a zachování spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

4. Sestry a jejich spolupracovníci

Sestra úzce spolupracuje se všemi spolupracovníky oboru ošetrovatelství a dalších oborů.

Sestra je povinna účinně zasáhnout, pokud je péče o nemocného ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou.

Práva pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí, ohledy na jeho stud a služby přiměřené možnostem zdravotnického zařízení. Pacient má právo se při hospitalizaci denně stýkat se členy své rodiny či přátel.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů, nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního ošetření, vyšetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má převzít nemocného do své péče, musí Překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici.

Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodů, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Vážení pedagogové,

obracím se na Vás s prosbou o pomoc při sběru dat empirické části mé rigorózní práce, kterou připravuji na katedře pedagogiky Filozofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Tématem práce je Utváření kompetencí k etickému jednání nelékařských zdravotníků v pregraduální přípravě. Vzhledem ke skutečnosti, že pedagogickou praxi nevykonávám a po celý svůj profesionální život pracuji jako všeobecná sestra, pokusila jsem se formulovat otázky, kterými se snažím ozřejmit ze svého hlediska situaci etické přípravy ošetrovatelských profesí. Relevantnost otázek byla ověřena prostřednictvím předběžného výzkumu.

Rozhodnete-li se přijmout roli respondentů, přijměte prosím, pokyny k práci s dotazníkem. Při bodovém hodnocení označte variantu, která nejvíce vyjadřuje Váš názor. V případě polootevřených a otevřených otázek prosím o zamyšlení a uvedení odpovědi, která je pro mne velmi důležitá. Pojem žák ve své práci používám k označení účastníků vyučovacího procesu na střední zdravotnické škole, pojem student pro ty, kteří se vzdělávají na vyšší odborné škole zdravotnické.

V Pelhřimově dne 20.3.2010

Marcela Babická

- 01 Aplikujete ve své pedagogické praxi poznatky získané formou školení o metodách a formách etické přípravy? Vycházím zde z předpokladu, že v rámci celoživotního vzdělávání absolvujete školení tematizující etickou přípravu žáků/ studentů.
- ☐ 011 určitě ano
 - ☐ 012 spíše ano
 - ☐ 013 spíše ne
 - ☐ 014 určitě ne
- 02 Na tuto otázku odpovězte, prosím, pouze pokud jste zvolila první nebo druhou variantu otázky 01. Uplatňujete v praxi následující postupy, o kterých jste se dozvěděla prostřednictvím školení o metodách a formách etické přípravy:
- ☐ 021 vyučovací metody
 - ☐ 022 obsah vyučování
 - ☐ 023 jiné, uveďte jaké:
.....
- 03 Seznamujete žáky/ studenty předem se vzdělávacími cíli? Mám na mysli čeho mají dosáhnout z hlediska etických znalostí a dovedností. Pod pojmem etické znalosti se rozumí znalost pojmů a znalost etických společenských a profesionálních norem. Pod pojmem etické dovednosti se rozumí uplatňování obsahů etických kodexů zdravotníků a pacientů v nemocniční praxi, dovednost správného jednání a komunikace s nemocnými.
- ☐ 031 určitě ano
 - ☐ 032 spíše ano
 - ☐ 033 spíše ne
 - ☐ 034 určitě ne

- 04 Zjišťujete, jaká jsou očekávání žáků/ studentů ve vztahu k etické výchově? Mám na mysli zajímáte-li se předem o to, čemu se žáci/ studenti ve vztahu k jednotlivým tematickým celkům chtějí naučit. Například očekávají-li od výuky návody k etickému jednání.
- ☐ 041 určitě ano
 - ☐ 042 spíše ano
 - ☐ 043 spíše ne
 - ☐ 044 určitě ne
- 05 Získáváte zpětnou vazbu o účinnosti etické výchovy? Mám na mysli sledování kvality výuky z hlediska žáků/ studentů?
- ☐ 051 určitě ano
 - ☐ 052 spíše ano
 - ☐ 053 spíše ne
 - ☐ 054 určitě ne
- 06 Na tuto otázku odpovězte, prosím, pouze pokud jste zvolila první nebo druhou variantu otázky 05. V tomto případě můžete vybrat více variant a/ nebo uvést další varianty. Pokuste se označit oblasti, ve kterých sledujete kvalitu výuky z hlediska žáků/ studentů.
- ☐ 061 obsah učiva
 - ☐ 062 vyučovací metody
 - ☐ 063 přístup pedagoga
 - ☐ 064 srozumitelnost učiva
 - ☐ 065 prostor pro řešení praktických problémů
 - ☐ 066 praktická použitelnost učiva
 - ☐ 067 jiné, uveďte jaké:
-
- 07 Projevují žáci/ studenti o některou etickou oblast větší zájem než o ostatní?
- ☐ 071 určitě ano
 - ☐ 072 spíše ano
 - ☐ 073 spíše ne
 - ☐ 074 určitě ne
- 08 Na tuto otázku, prosím, odpovězte pouze pokud jste označila první nebo druhou variantu otázky 07. Označte etické aspekty péče o nemocné, o které se žáci/studenti ve Vašich vyučovacích hodinách zajímají více než o ostatní. V tomto případě můžete uvést více variant a/ nebo uvést další varianty.
- ☐ 081 právo pacienta na soukromí
 - ☐ 082 povinná mlčenlivost
 - ☐ 083 terminální péče
 - ☐ 084 lidská důstojnost
 - ☐ 085 umírání
 - ☐ 086 jiné, uveďte jaké:
-
- 09 Mají žáci/ studenti v teoretických předmětech prostor, aby diskutovali o situacích z praktické výuky?

- ☐ 091 určitě ano
- ☐ 092 spíše ano
- ☐ 093 spíše ne
- ☐ 094 určitě ne

10 Měníte pořadí etických témat podle aktuální potřeby? Mám na mysli například potřebu řešit problém z nemocniční praxe.

- ☐ 101 určitě ano
- ☐ 102 spíše ano
- ☐ 103 spíše ne
- ☐ 104 určitě ne

11 Diskutujete ve svých hodinách se žáky/studenty na nejednoznačně řešitelná témata v lékařské etice? Nejednoznačně řešitelnými tématy se rozumí dilematická témata nebo situace.

- ☐ 111 určitě ano
- ☐ 112 spíše ano
- ☐ 113 spíše ne
- ☐ 114 určitě ne

12 Na tuto otázku, prosím, odpovězte pouze pokud jste označila první nebo druhou variantu otázky 11. Na která nejednoznačně řešitelná témata v lékařství se žáky/ studenty nejčastěji diskutujete? Seřaďte je, prosím, podle častosti. Způsobem označení je kroužek. Znamka 1 je určena nejčastěji diskutovanému tématu. Potom označujte sestupně, přičemž to nejméně časté téma bude mít číslo 4.

12a	eutanazie	1	2	3	4
12b	interrupce	1	2	3	4
12c	sdělování pravdy o závažném zdravotním stavu	1	2	3	4
12d	dárcovství orgánů	1	2	3	4

13 Jaké vyučovací metody používáte při výuce etických témat? Seřaďte vyučovací metody podle toho, do jaké míry jsou Vámi využívány. Způsobem označení je kroužek. Znamka 1 je určena vyučovací metodě, která je Vámi nejvíce využívána. Potom označujte sestupně, přičemž ta nejméně využívaná metoda bude mít číslo 8. V tomto případě nemusíte označovat pořadí všech nabízených variant.

13a	diskuse	1	2	3	4	5	6	7	8
13b	modelové situace	1	2	3	4	5	6	7	8
13c	skupinové vyučování	1	2	3	4	5	6	7	8
13d	inscenační metody	1	2	3	4	5	6	7	8
13e	brainstorming	1	2	3	4	5	6	7	8

13f	práce s textem	1	2	3	4	5	6	7	8
13g	výklad	1	2	3	4	5	6	7	8
13h	projekty	1	2	3	4	5	6	7	8

- 14 Které vyučovací metody ve vztahu k etické výchově jsou podle Vašeho názoru u žáků/ studentů nejvíce oblíbené? Seřaďte vyučovací metody podle toho, do jaké míry jsou žáky/ studenty oblíbené. Způsobem označení je kroužek. Znamka 1 je určena vyučovací metodě, která je žáky/ studenty nejoblíbenější. Potom označujte sestupně, přičemž ta nejméně oblíbená metoda bude mít číslo 8. V tomto případě nemusíte označovat pořadí všech nabízených variant.

14a	diskuse	1	2	3	4	5	6	7	8
14b	modelové situace	1	2	3	4	5	6	7	8
14c	skupinové vyučování	1	2	3	4	5	6	7	8
14d	inscenační metody	1	2	3	4	5	6	7	8
14e	brainstorming	1	2	3	4	5	6	7	8
14f	práce s textem	1	2	3	4	5	6	7	8
14g	výklad	1	2	3	4	5	6	7	8
14h	projekty	1	2	3	4	5	6	7	8

- 15 Jaké metody používáte ke zjišťování výsledků osvojení učiva? Seřaďte metody zjišťování výsledků vyučování podle toho, do jaké míry jsou Vámi využívány. Způsobem označení je kroužek. Znamka 1 je určena metodě, která je Vámi nejvíce využívána. Potom označujte sestupně, přičemž ta nejméně využívaná metoda bude mít číslo 7. V tomto případě nemusíte označovat pořadí všech nabízených variant.

15a	znanostní testy	1	2	3	4	5	6
15b	písemné úvahy	1	2	3	4	5	6
15c	modelové situace	1	2	3	4	5	6
15d	ústní zkoušení	1	2	3	4	5	6
15e	diskuse	1	2	3	4	5	6
15f	reakce ve skupině	1	2	3	4	5	6

- 16 Radíte se s kolegy v pedagogickém sboru o etické přípravě žáků/ studentů? Mám na mysli zohledňujete-li společně mezipředmětové vztahy.

- ☐ 161 určitě ano
- ☐ 162 spíše ano
- ☐ 163 spíše ne
- ☐ 164 určitě ne

17 Učí se žáci/ studenti ve Vašem předmětu komunikačním dovednostem? Pojmem komunikační dovednosti se rozumí dovednosti důležité z hlediska vztahu zdravotníka a nemocného.

- ☐ 171 určitě ano
- ☐ 172 spíše ano
- ☐ 173 spíše ne
- ☐ 174 určitě ne

18 Zjišťujete mravní postoje žáků/ studentů k jejich vlastní osobě? Mám na mysli, vytváříte-li ve vyučovacích hodinách možnosti sebereflexe.

- ☐ 181 určitě ano
- ☐ 182 spíše ano
- ☐ 183 spíše ne
- ☐ 184 určitě ne

19 Jsou si, podle Vašeho názoru, žáci/ studenti jisti ve svém chování k nemocným?

- ☐ 191 určitě ano
- ☐ 192 spíše ano
- ☐ 193 spíše ne
- ☐ 194 určitě ne

20 Zpracovávají žáci/ studenti ve Vámi vyučovaném předmětu esej na etické téma?

- ☐ 201 ano
- ☐ 202 ne

21 Na tuto otázku odpovězte, prosím, pouze pokud jste odpověděla kladně na otázku 20. Volí si žáci/ studenti téma zpracovávané eseje?

- ☐ 211 ano
- ☐ 212 ne

22 Na tuto otázku odpovězte, prosím, pokud jste odpověděla kladně na otázku 21. Jaké je nejčastější téma eseje na etické téma zpracovávané žáky/ studenty? Seřad'te témata podle častosti. Způsobem označení je kroužek. Znamka 1 je určena tématu, které je žáky/ studenty nejvíce často zpracovááno. Potom označujte sestupně, přičemž to nejméně často zpracovávané téma bude mít číslo 8. V tomto případě nemusíte označovat pořadí všech nabízených variant.

22a	eutanazie	1	2	3	4	5	6	7	8
22b	interrupce	1	2	3	4	5	6	7	8
22c	sdělování diagnózy	1	2	3	4	5	6	7	8
22d	nevyléčitelná nemoc	1	2	3	4	5	6	7	8

22e	stáří	1	2	3	4	5	6	7	8
22f	umírání	1	2	3	4	5	6	7	8
22g	práva pacientů	1	2	3	4	5	6	7	8
22h	klonování	1	2	3	4	5	6	7	8

23 Jak dlouhá je Vaše pedagogická praxe?

- ☐ 231 0 - 5 let
☐ 232 6 - 10 let
☐ 233 11 - 20 let
☐ 234 21 a více let

24 Kolik je Vám let?

- ☐ 241 méně než 25 let
☐ 242 25 - 34
☐ 243 35 - 44
☐ 244 45 - 54
☐ 245 55 a více let

25 Který předmět vyučujete?

- ☐ 251 Občanská nauka
☐ 252 Psychologie
☐ 253 Psychologie a komunikace
☐ 254 Výchova ke zdraví
☐ 255 Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví
☐ 256 Komunikace v ošetrovatelství
☐ 257 Ošetrovatelství
☐ 258 Ošetrovatelské postupy
☐ 259 Ošetrování nemocných
☐ 040 Ošetrovatelská praxe

26 Označte, prosím, ve kterém ročníku a škole vyučujete?

- ☐ 261 4. ročník střední zdravotnické školy
☐ 262 4. ročník zdravotnického lycea
☐ 263 2. ročník vyšší odborné školy zdravotnické
☐ 264 3. ročník vyšší odborné školy zdravotnické

27 Na tuto otázku, prosím, odpovězte pouze pokud jste zvolila první nebo druhou variantu otázky 26. Do jaké míry souhlasíte s následujícím tvrzením. Etika v ošetrovatelství by měla být vyučována jako volitelný předmět.

- ☐ 271 zcela souhlasím
☐ 272 spíše souhlasím
☐ 273 spíše nesouhlasím
☐ 274 zcela nesouhlasím

28 Na tuto otázku, prosím, odpovězte, pouze pokud jste zvolila první nebo druhou variantu otázky 27. Uveďte důvod, ze kterého by bylo podle Vašeho názoru vhodné vyučovat etiku v ošetrovatelství jako volitelný předmět.

.....

29 Na tuto otázku, prosím, odpovězte pouze pokud jste zvolila druhou nebo třetí variantu otázky 27. Uveďte důvod, ze kterého podle Vašeho názoru není vhodné vyučovat etiku v ošetrovatelství jako volitelný předmět.....

Na závěr svého dotazníku Vám děkuji za významnou pomoc. Současně Vás prosím, pouze pokud máte jakýkoliv vzkaz, postřeh, doplňující poznámku nebo připomínku, abyste je zde uvedla.

.....

.....

Vážení respondenti,

oslovuji Vás se žádostí o spolupráci. Ve výzkumné části své doktorské práce si kladu za cíl zjistit, jak se vyrovnáváte se studijními požadavky přípravy k etickému jednání. Dovoluji si Vám položit pouze otázky, jejichž odůvodněnost byla prověřena prostřednictvím předvýzkumu. Po dokončení svého výzkumného šetření Vaším pedagogům poskytnu zpětnou vazbu.

Nyní prosím, přijměte pokyny k práci s dotazníkem. Při bodovém hodnocení otázek označte variantu, která nejpřesněji vyjadřuje Vaše hodnocení. V případech polootevřených nebo otevřených otázek Vás prosím o zamyšlení a uvedení odpovědi, která učiní mou výzkumnou aktivitu hodnotnější.

Přeji Vám v budoucím profesionálním životě trvalé uspokojení z pomáhání nemocným, jaké prožívám já jako všeobecná sestra. Děkuji za účinnou spolupráci a zdravím.

V Pelhřimově dne 20. 3. 2010

Marcela Babická

- 01 Pečujete programově o své zdraví? Pod pojmem programově se rozumí prvky zdravého životního stylu, například pravidelná pohybová aktivita, zdravá výživa, kontrola tělesné hmotnosti, vyvarování se stresu, pravidelnost střídání aktivity a odpočinku a přiměřená délka spánku. Pokuste se nyní vyjádřit, do jaké míry pečujete o své vlastní zdraví.
- ☐ 011 určitě ano
 - ☐ 012 spíše ano
 - ☐ 013 spíše ne
 - ☐ 014 určitě ne
- 02 Aplikujete znalosti o etice v soukromém životě? Mám na mysli, snažíte-li se v jednání s lidmi ze svého okolí mimo školu a nemocniční praxi uplatňovat zásady, o kterých se učíte.
- ☐ 021 určitě ano
 - ☐ 022 spíše ano
 - ☐ 023 spíše ne
 - ☐ 024 určitě ne
- 03 Jste přesvědčen/a o tom, že Vaše volba zdravotnického povolání byla správná?
- ☐ 031 určitě ano
 - ☐ 032 spíše ano
 - ☐ 033 spíše ne
 - ☐ 034 určitě ne
- 04 Bylo Vaše přesvědčení o tom, že chcete vykonávat zdravotnické povolání, dlouhodobé? Mám na mysli období Vašeho života před započatím středoškolského studia zdravotnického oboru.
- ☐ 041 určitě ano
 - ☐ 042 spíše ano
 - ☐ 043 spíše ne
 - ☐ 044 určitě ne
- 05 Z jakého důvodu jste zvolil/ a zdravotnické povolání? V tomto případě můžete vybrat více variant a/ nebo uvést další varianty.
- ☐ 051 chtěl/a jsem v profesionálním životě pomáhat druhým

- ☐ 052 chtěl/a jsem vykonávat smysluplné povolání
- ☐ 053 chtěl/a jsem pracovat v perspektivním oboru lidské činnosti
- ☐ 054 chtěl/ a jsem vykonávat povolání, ve kterém budu mít příležitost rozvíjet své schopnosti
- ☐ 055 chtěl/ a jsem pracovat v profesionálním týmu
- ☐ 056 z jiného důvodu, uveďte z jakého:
.....
- 06 Máte osobní zkušenost hospitalizovaného pacienta?
- ☐ 061 ano
- ☐ 062 ne
- 07 Na tuto otázku odpovězte, prosím, pouze pokud jste na otázku 06 odpověděl/ a kladně.
Je podle Vašeho názoru v nemocnici respektováno právo nemocných na fyzické soukromí?
- ☐ 071 určitě ano
- ☐ 072 spíše ano
- ☐ 073 spíše ne
- ☐ 074 určitě ne
- 08 Na tuto otázku odpovězte, prosím, pouze pokud jste na otázku 06 odpověděl/ a záporně.
Je podle Vašeho názoru v nemocnici respektováno právo nemocných na fyzické soukromí?
- ☐ 081 určitě ano
- ☐ 082 spíše ano
- ☐ 083 spíše ne
- ☐ 084 určitě ne
- 09 Je podle Vašeho názoru v nemocnici respektováno právo nemocných na ochranu osobních údajů?
- ☐ 091 určitě ano
- ☐ 092 spíše ano
- ☐ 093 spíše ne
- ☐ 094 určitě ne
- 10 Vnímáte vzájemný soulad etických znalostí a dovedností získaných v jednotlivých vyučovacích předmětech? Mám na mysli, doplňují-li se podle Vás vzájemně obsahy učiva všeobecně vzdělávacích a odborných předmětů. Pod pojmem etické znalosti se rozumí znalost pojmů (například etika, morálka, mravnost) a znalost etických společenských a profesionálních norem. Pod pojmem etické dovednosti se rozumí uplatňování obsahů etických kodexů zdravotníků a pacientů v nemocniční praxi, dovednost správného jednání a komunikace s nemocnými.
- ☐ 101 určitě ano
- ☐ 102 spíše ano
- ☐ 103 spíše ne
- ☐ 104 určitě ne
- 11 Co si představujete pod pojmem lidská důstojnost? Označte, prosím, s kterým pojmem důstojnost spojujete. V tomto případě můžete vybrat více variant a/ nebo uvést další varianty.
- ☐ 111 úcta k lidské bytosti
- ☐ 112 práva pacientů

- ☐ 113 fyzické soukromí
- ☐ 114 umírání
- ☐ Jiný pojem, uveďte jaký:

.....

12 Jaká pravidla používáte při péči o nemocné? V tomto případě můžete vybrat více variant a/ nebo uvést další varianty.

- ☐ 121 při prvním setkání se představuji jménem
- ☐ 122 před vstupem do pokoje nemocných zaklepu na dveře
- ☐ 123 při provádění péče o nemocného nenechávám dveře pokoje otevřené
- ☐ 124 před provedením ošetrovatelského výkonu upozorním nemocného
- ☐ 125 při provádění péče o nemocného s ním udržuji slovní kontakt
- ☐ 126 jiná pravidla, uveďte jaká:

.....

13 Jak naplňujete právo pacienta na soukromí? V tomto případě můžete vybrat více variant a/ nebo uvést další varianty.

- ☐ 131 ochranou fyzického soukromí (zakrytí nahoty nemocného před zraky okolí)
- ☐ 132 ohleduplným způsobem komunikace s nemocným (tak, aby sdělení neslyšela osoba, které není určeno)
- ☐ 133 podle přání nemocného
- ☐ 134 jinými způsoby, uveďte jakými:

.....

14 Kontrolujete svůj slovní a mimoslovní projev v kontaktu s nemocným? Mám na mysli například, dáváte-li si pozor na to, co říkáte v rozhovoru s ostatními členy ošetrovatelského týmu za přítomnosti pacienta.

- ☐ 141 určitě ano
- ☐ 142 spíše ano
- ☐ 143 spíše ne
- ☐ 144 určitě ne

15 Je pro Vás snadné navázat kontakt s novým pacientem? Mám na mysli nemocného, se kterým se při své praxi v nemocnici setkáváte poprvé a provádíte například vstupní rozhovor.

- ☐ 151 určitě ano
- ☐ 152 spíše ano
- ☐ 153 spíše ne
- ☐ 154 určitě ne

16 Přemýšlíte o tom, rozumí-li pacient Vašemu sdělení? Mám na mysli vysvětlení, které se vztahuje k výkonům lékařské a ošetrovatelské péče, například průběhu přípravy k výkonu nebo způsobu spolupráce nemocného při výkonu.

- ☐ 161 určitě ano
- ☐ 162 spíše ano
- ☐ 163 spíše ne
- ☐ 164 určitě ne

17 Víte vždy, jak se máte k pacientům chovat? Mám na mysli nemoc jako náročnou situaci

v lidském životě.

- ☐ 171 určitě ano
- ☐ 172 spíše ano
- ☐ 173 spíše ne
- ☐ 174 určitě ne

18 Víte vždy, co máte říkat pacientovi, který má strach? Mám na mysli strach v prostředí nemocniční péče, například z nepříznivého vývoje zdravotního stavu.

- ☐ 181 určitě ano
- ☐ 182 spíše ano
- ☐ 183 spíše ne
- ☐ 184 určitě ne

19 Cítíte se být osobně odpovědný/ odpovědná za pacienta? Mám na mysli Váš pocit odpovědnosti k nemocnému, kterému provádíte výkon ošetrovatelské péče.

- ☐ 191 určitě ano
- ☐ 192 spíše ano
- ☐ 193 spíše ne
- ☐ 194 určitě ne

20 Oznamujete nemocnému předem provedení výkonu, ke kterému přistupujete? Mám na mysli výkony ošetrovatelské péče, k nimž se vztahuje předpokládaný souhlas pacienta, například odběr krve.

- ☐ 201 určitě ano
- ☐ 202 spíše ano
- ☐ 203 spíše ne
- ☐ 204 určitě ne

21 Mluvíte o případech pacientů s pedagogy? Mám na mysli, vracíte-li se k situacím z nemocniční praxe v hodinách teoretické výuky odborných předmětů.

- ☐ 211 určitě ano
- ☐ 212 spíše ano
- ☐ 213 spíše ne
- ☐ 214 určitě ne

22 Očekáváte od výuky návody k etickému jednání? Mám na mysli konkrétní návody k řešení situací každodenní nemocniční praxe.

- ☐ 221 určitě ano
- ☐ 222 spíše ano
- ☐ 223 spíše ne
- ☐ 224 určitě ne

23 Může podle Vašeho názoru pravda o závažném stavu nemocného poškodit?

- ☐ 231 určitě ano
- ☐ 232 spíše ano
- ☐ 233 spíše ne
- ☐ 234 určitě ne

- 24 Může podle Vašeho názoru být nemocnému pravda o závažném stavu zamlčena?
- ☐ 241 určitě ano
- ☐ 242 spíše ano
- ☐ 243 spíše ne
- ☐ 244 určitě ne
- 25 Podílel/a jste se na péči o umírajícího pacienta?
- ☐ 251 ano
- ☐ 252 ne
- 26 Sdělte mi, prosím, jaký je Váš morální postoj k eutanazii. V tomto případě můžete vybrat více variant a/ nebo uvést další varianty.
- ☐ 261 ne
- ☐ 262 nerozhodně
- ☐ 263 ano, při nesnesitelném utrpení nemocného
- ☐ 264 ano, na přání nemocného
- ☐ 265 ano, při nevyléčitelné nemoci
- ☐ 266 ano, z jiných důvodů, uveďte z jakých:
-
- 27 Seřad'te, prosím, podle důležitosti vlastnosti zdravotníka. Způsobem označení je kroužek. Znamka 1 je určena vlastnosti, která je podle Vašeho názoru pro zdravotníka nejdůležitější. Potom označujte sestupně, přičemž ta nejméně důležitá vlastnost bude mít číslo 4.

27a	trpělivost	1	2	3	4
27b	náklonnost (spoluúčast, podpora)	1	2	3	4
27c	vcítění (empatie)	1	2	3	4
27d	odbornost	1	2	3	4

- 28 Jste muž nebo žena?
- ☐ 281 muž
- ☐ 282 žena
- 29 Označ'te svou příslušnost z hlediska ročníku a školy.
- ☐ 291 4. ročník střední zdravotnické školy
- ☐ 292 4. ročník zdravotnického lycea
- ☐ 293 2. ročník vyšší odborné školy zdravotnické
- ☐ 294 3. ročník vyšší odborné školy zdravotnické
- 30 Na tuto otázku, prosím, odpovězte, pouze pokud jste označil/ a první nebo druhou variantu otázky 29. Do jaké míry souhlasíte s následujícím tvrzením? Etika v ošetrovatelství by měla být vyučována jako samostatný předmět.
- ☐ 301 zcela souhlasím
- ☐ 302 spíše souhlasím
- ☐ 303 spíše nesouhlasím
- ☐ 304 zcela nesouhlasím
- 31 Na tuto otázku, prosím, odpovězte, pouze pokud jste označil/ a třetí nebo čtvrtou variantu otázky

29. Seřad'te vyučovací metody, kterými se vyučuje předmět etika v ošetrovatelství podle toho, do jaké míry jsou u Vás oblíbené. Způsobem označení je kroužek. Znamka 1 je určena vyučovací metodě, která je Vámi nejoblíbenější. Potom označujte sestupně, přičemž ta nejméně oblíbená metoda bude mít číslo 8. V tomto případě nemusíte označovat pořadí oblíbenosti u všech nabízených variant.

31a	diskuse	1	2	3	4	5	6	7	8
31b	modelové situace	1	2	3	4	5	6	7	8
31c	skupinové vyučování	1	2	3	4	5	6	7	8
31d	inscenační metody	1	2	3	4	5	6	7	8
31e	brainstorming	1	2	3	4	5	6	7	8
31f	práce s textem	1	2	3	4	5	6	7	8
31g	výklad	1	2	3	4	5	6	7	8
31h	projekty	1	2	3	4	5	6	7	8